



# Petmobile Pet Hospital



Seleccione Uno: **Nuevo Cliente**

**Registro del Cliente**

**Cliente Actual**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Por Favor Escriba**

## Informacion Personal

**Nombre del Dueño:**

**Dirección:**

**Cuidad:**

**Estado:**

**Código Postal:**

**# Telefono de la Casa**

**# Telefono del Trabajo**

**# Emergencia**

**Empleador:**

**# Licencia de Conducir:**

**Estado:**

**Fecha Exp.**

**Esposo(a)/Parientes más cercanos:**

**# Telefono**

**¿Cómo se entero de nosotros?**

## Informacion de Mascota #1

## Informacion de Mascota #2

**Perro** \_\_\_\_\_ **Gato** \_\_\_\_\_ **Otro** \_\_\_\_\_

**Perro** \_\_\_\_\_ **Gato** \_\_\_\_\_ **Otro** \_\_\_\_\_

**Nombre:**

**Edad:**

**Nombre:**

**Edad:**

**Raza:**

**Color:**

**Raza:**

**Color:**

**Sexo:** Masculino Esterilizado/Hembra Esterilizada

**Sexo:** Masculino Esterilizado/Hembra Esterilizada

**Problemas actuales:**

**Problemas actuales:**

**Medicinas Actuales:**

**Medicinas Actuales:**

**Mencione que otras mascotas tiene usted:** \_\_\_\_\_

Soy el dueño, o agente oficial del dueño, de las mascotas que escribo en esta página. Autorizo el personal de Petmobile a examinar, tratar, y prescribir/administrar medicinas para estas mascotas. Comprendo que soy responsable de todas los cargos contraídos en el cuidado de este animal y el pago es requerido en el tiempo, que los servicios son administrados. Yo también comprendo que un depósito de lo estimado es requerido para todo “al dejar y/o recojer” procedimientos, con el equilibrio de algún costo adicional debido en aquel momento de recogerla. Comprendo que si mi mascota(s) tiene(n) pulgas o garrapatas, mi mascota(s) será(n) tratado(s), a mi costo.

**Firma del dueño o agente oficial del dueño:** \_\_\_\_\_

**Forma de Pago:** (seleccione uno) **Dinero Efectivo** **Cheque Personal** **Visa** **MasterCard**