

# Lake Forest Animal Clinic

## Información del Cliente

Dr  Mr

Mrs  Ms

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Esposo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Casa \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Número de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ocupación/Título \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Número del Esposo: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido otras mascotas tratadas aquí anteriormente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

El Nombre del remisión: \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchó de nuestra oficina?

Google\_\_ Clinic Sign\_\_ Animal Shelter\_\_ Facebook\_\_ Instagram\_\_ Yelp\_\_ Other\_\_

Yo entiendo que la tarifa profesional es pagado al mismo tiempo de los servicios prestados y los depósitos son requeridos para todos los pacientes hospitalizados y quirúrgicos .

Aceptamos Dinero Efectivo, Visa, MasterCard, Discover, AMEX, y CareCredit.

Estoy de acuerdo y certifico que la información dada es correcta.

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

### Autorización para divulgar

Al firmar a continuación, autorizo a Lake Forest Animal Clinic a divulgar mi información de contacto, incluidos, entre otros, mi nombre y dirección, y la información sobre mi mascota, incluido su nombre, raza, tamaño, color y otros marcadores de identificación a terceros. con el propósito de proporcionar recordatorios de vacunas, divulgar registros médicos a los veterinarios que lo soliciten, proporcionar recordatorios de citas, emitir retiradas de productos, demostrar el bienestar u otra información de atención médica veterinaria u otra información veterinaria especial que pueda ser de interés para los dueños de mascotas.

Esta autorización para divulgar tiene la intención de ser mi autorización por escrito de conformidad con la sección 4857 de Cado de negocios y profesión de California se limita a los elementos enumerados anteriormente y no autoriza la divulgación de los registros médicos de mi mascota (s) más allá de lo específicamente autorizado de conformidad con la sección 4957.

Firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**\*\*\*Por Favor inicie en la frase siguiente:**

Fotos y Videos de Mascota- Yo le doy permiso a Lake Forest Animal Clinic que use fotos y videos de mi mascota para que use en sus redes sociales.

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

# Lake Forest Animal Clinic

## Información del Paciente

*Gracias por seleccionar Lake Forest Animal Clinic para el cuidado de su mascota. Se agradece enormemente su confianza en nuestra clínica. Para familiarizarse mejor, complete cuidadosamente la siguiente información. Si tiene alguna pregunta, solicite ayuda a nuestra recepcionista.*

Imprima y complete toda la información

Nombre de Mascota: \_\_\_\_\_ Pero: \_\_\_\_\_ Gato: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_ Hembra: \_\_\_\_\_ Esterilizado/a: Si \_\_\_ No \_\_\_

Color: \_\_\_\_\_ Cumpleaños o Aproximadamente edad: \_\_\_\_\_

¿Su mascota está tomando algún medicamento? \_\_\_\_\_

¿Su mascota está vacunada/o? \_\_\_\_\_

Si, si ¿Donde recibió su mascota esas vacunas? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su mascota ha tenido una reacción adversa a las vacunas o algún sensibilidad a los medicamentos? \_\_\_\_\_

¿Su mascota está en una dieta especial? \_\_\_\_\_

¿Hay algún problema médico previo que le gustaría que conozcamos?  
\_\_\_\_\_

Nombre de Mascota: \_\_\_\_\_ Pero: \_\_\_\_\_ Gato: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_ Hembra: \_\_\_\_\_ Esterilizado/a: Si \_\_\_ No \_\_\_

Color: \_\_\_\_\_ Cumpleaños o Aproximadamente edad: \_\_\_\_\_

¿Su mascota está tomando algún medicamento? \_\_\_\_\_

¿Su mascota está vacunada/o? \_\_\_\_\_

Si, si ¿Donde recibió su mascota esas vacunas? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su mascota ha tenido una reacción adversa a las vacunas o algún sensibilidad a los medicamentos? \_\_\_\_\_

¿Su mascota está en una dieta especial? \_\_\_\_\_

¿Hay algún problema médico previo que le gustaría que conozcamos?  
\_\_\_\_\_