

**REGISTRACIÓN DEL NUEVO PACIENTE**

<b>Nombre y Apellido del cliente</b>		<b>Información del dueño secundario del paciente</b>	
		Esposo(a) / Pareja / El dueño del mascotas / Amigo(a) / Familiar	
<b>Dirección Postal</b>			
<b>Calle</b>	<b># de apartamento</b>	<b>Zip</b>	<b>Cuidad/Estado</b>
<b>Número de Teléfono</b>			
Primero número de contacto:			
Secundario número de contacto:			
<b># Licencia / SSN</b>		<b>Fecha de Nacimiento del Cliente</b>	
<b>Correo Electrónico</b>		<b>¿Cuál es su método de contacto preferido? (circule uno)</b>	
		Correo Electronio	Telefono
			Ambos
<b>¿Nos da permiso de publicar fotos de su mascota en nuestro sitio web, Facebook o otra plataforma de redes sociales?</b>			
<b>¿Cómo encontró a nuestro hospital? (circule uno)</b>			
De pasada / Amigo o Familiar / Otro Veterinario / Página web / Google			
Otro (especificar):		¿A quién le agradecemos su visita?	
<b>Nombre del Mascota</b>	<b>Sexo</b>	<b>¿Esta esterilizado?</b>	<b>Fecha de Nacimiento/ Edad</b>
		S / N	
<b>Especie</b>	<b>Raza</b>		<b>Colores/ Marcas Especiales</b>
<b>¿Su mascota ha visitado un veterinario antes?</b>			<b>Sí / No</b>
<b>En caso afirmativo, nombre de la clínica y número de teléfono</b>			
<b>Si marcó "Sí", ¿Autoriza usted la divulgación de esos registros a Summertree Animal Clinic?</b>			
Sí / No _____			
Firma			

**Autorización para Tratamiento**

Confirmar que tengo, por lo menos 18 años de edad y que soy el dueño / la dueña de la mascota (o que estoy autorizado(a) por el cuidado de la mascota). Con mi firma, autorizo a la veterinaria Summertree Animal and Bird Clinic y su personal de que examine, trate, administre medicina, dar diagnósticos, y procedimientos quirúrgicos, y si la veterinaria lo considera necesarios para el bien de mi mascota, hospitalizar a mi mascota. Yo comprendo, que excepto en caso de extrema emergencias, todo tratamiento y procedimiento se discutirán conmigo antes de proceder y que puedo solicitar un estimado en escrito. **Comprendo que debo pagar en total por los servicios administrado por la clínica Summertree Animal and Bird Clinic el día en que se administró esos servicios.** Entiendo que la clínica no acepta pagos parciales. Pagos pueden ser en efectivo, con tarjeta de Visa, MasterCard, Discover, American Express o Care Credit. Prestare al menos una forma de identificación con foto. Hay la posibilidad de que necesite un prepago para algún casos médicos o procedimientos anestésicos. Entiendo que seré responsable por cargos adicionales de interés y honorarios judiciales y de abogados, si es necesario mandar la cuenta a colectar.

**Con mi firma, confirmo que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la información anterior.**

 \_\_\_\_\_  
**Firma**

 \_\_\_\_\_  
**Fecha**