

Formato de Nuevo Cliente/Mascota



Nombre del Propietario: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. Casa: _____ Tel. Trabajo: _____

Tel. Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Cónyuge o Copropietario: _____ Tel. Trabajo: _____

Contacto de Emergencia: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Referido por (Quisiéramos agradecerle.) _____

Nombres y Edades de los niños viviendo en casa:

¿Tiene alguna otra mascota en casa? SÍ NO

Si es así, por favor indique la cantidad abajo:

Perros__ Gatos__ Aves__ Reptiles__ Hurones__

Otros (Especifique por favor) _____

Información de la Mascota

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Especie: _____ Raza: _____ Color: _____

Sexo de la Mascota

Hembra ovariectomía SÍ NO

Macho castración SÍ NO

Historia de Vacunas

(Indique la fecha (mes/año) en que su mascota recibió las siguientes vacunas)

Parvovirus Canino _____

Coronavirus Canino _____ Lyme _____

Parvo Felino Traqueo Bronquitis Canina _____

Rabia _____ Leucemia Felina _____

Otras _____

Condiciones Médicas

(alergias, reacciones a medicinas, corazón, etc.)

Nutrición

Marca Seca: _____

Marca Enlatada: _____

¿Sobras/Migajas? SÍ NO

Cuidado Dental

¿Cepilla los dientes de su mascota? SÍ NO

¿Fecha de la última limpieza dental? _____

Preventivo para Gusano del Corazón

¿Está su mascota tomando preventivo para el gusano del corazón actualmente? SÍ NO

Si es así,

Marca _____

No. de Identificación de Microchip _____

Registros Médicos

Nombre del hospital donde se pueden conseguir

SEA UN PROPIETARIO RESPONSABLE

En _____ respaldamos el programa de 3 pasos para el cuidado responsable de las mascotas: Castre/Esterilice, Vacune y Ponga el Microchip a su mascota. Vigorosamente recomendamos seguir estos 3 pasos para mantener a sus mascotas felices, saludables, y seguras.

