

# Laredo Animal Clinic

BIENVENIDOS A NUESTRA CLINICA

Numero de Cuenta: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE CLIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre de esposo(a) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo \_\_\_\_\_

Telefono de esposo(a) \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_ Mejor tiempo para llamar \_\_\_\_\_

# Licencia \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_

**\*\*\* Todos los pagos se requieren al tiempo del servicio recibido\*\*\*\***

**Modo de pago:**  Efectivo/cheque  Visa  MasterCard  American Express  
 Discover

Nuestra mascota(s) es  Miembro de la familia  Mascota del niño  Mascota de la casa

## INFORMACION DE PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Microchip# \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_  Perro  Gato  Otro

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  Hembra  Macho

Color \_\_\_\_\_ Esterilizado / Castrado  Si  No

Yo asumo la responsabilidad por todos los cargos incurridos en el cuidado del animal.  
Tambien tengo entendido que esos cargos seran pagados al tiempo de entregar al animal y  
que un deposito puede ser requerido para tratamiento quirurgico.

**Firma de dueno/persona responsable:** X \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Notas de Doctor:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_