

# Indian Hills Animal Clinic

To Listen. To Diagnose. To Help. To Heal.

## Bienvenido!

### Información del Cliente

Nombre \_\_\_\_\_ Espos(a) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado \_\_\_\_\_  
Teléfono Principal: (  Casa  Celular ) \_\_\_\_\_  
Teléfono Secundario: (  Casa  Celular ) \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  
(Estas listas son para el único propósito de Indian Hills Animal Clinic/Online Pharmacy)

Doy permiso a Indian Hills Animal Clinic y/o cualquier empresa que los represente para que se comuniquen con mi teléfono celular.

Por favor agregue mi nombre a su lista de correo electrónico.

### ¿Cómo se enteró de nuestra clínica?

Internet  Letrero/Ubicación  Directorio Telefónico  Woofstock/Dog-N-Jog  
 Referido por Quién \_\_\_\_\_  Otro: Explique \_\_\_\_\_

### Información Sobre sus Mascotas

	Mascota #1		Mascota #2		Mascota #3		Mascota #4	
Nombre								
Raza								
Color								
Fecha de Nacimiento								
Sexo (círcule)	Hembra	Esterilizada / castrado?	Hembra	Esterilizada / castrado?	Hembra	Esterilizada / castrado?	Hembra	Esterilizada / castrado?
	Macho	Sí	Macho	Sí	Macho	Sí	Macho	Sí
		No		No		No		No

Nombre de la clínica veterinaria anterior:  
(para coleccionar la historia del paciente) \_\_\_\_\_

### Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Solicito que se brinde atención veterinaria a las mascotas presentadas por mí o por mis agentes que actúen en mi nombre. Entiendo que el personal del hospital proporcionará un plan de tratamiento mostrando cargos actuales y anticipados en cada visita. Soy consciente de que cualquier cheque devuelto por mi banco incurrirá en una comisión.

Indian Hills Animal Clinic ofrece varios métodos de pago que incluyen:

Cash      Visa      Mastercard      Discover      American Express      Care Credit

Acepto la responsabilidad financiera por el tratamiento de los pacientes mencionados anteriormente y entiendo que el pago se debe en su totalidad cuando se prestan los servicios.

Imprimir nombre

Firma

Fecha

**(Continúa Atrás)**

# Indian Hills Animal Clinic

To Listen. To Diagnose. To Help. To Heal.

---

## Forma de Autorización de Fotografías

Otorgo a Indian Hills Animal Clinic, representantes y empleados el derecho de tomar fotografías mías y/o de mi mascota, y derechos de autor, uso y publicación de las mismas en forma impresa y/o electrónica.

Acepto que Indian Hills Animal Clinic puede usar dichas fotografías mías y/o de mi mascota con o sin mi nombre y para cualquier fin lícito, incluyendo, por ejemplo, publicidad, ilustración, contenido de páginas web y redes sociales.

- SI pueden tomar fotos mías y/o de mi mascota.
- NO pueden tomar fotos mías y/o de mi mascota.

---

Imprimir nombre

Firma

Fecha