



INDIAN HILLS ANIMAL CLINIC

8650 W. Central Ave - Wichita KS 67212 - Phone: 942-3900

FORMA DE ADMISION DEL PACIENTE

PARA HACER UN BUEN TRABAJO EXAMINANDO Y/O DIAGNOSTICANDO A SU MASCOTA, POR FAVOR LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre del(a) Dueño(a): _____ Nombre del Paciente _____

Número(s) de teléfono donde podemos localizarle hoy: _____

A qué hora le gustaría recoger a su mascota? _____

Le gustaría recibir una llamada o un mensaje de texto cuando su mascota esté lista para irse a casa?

☐ Mensaje de texto ☐ Llamar

INFORMACION GENERAL DE SALUD:

Su mascota tiene implante de microchip (dispositivo electrónico para localizar)? ☐ Sí ☐ No

Dieta de su mascota (qué marca de comida usa): _____

Qué cantidad le da de comer: _____

Ambiente en el que vive: ☐ Sólo fuera de la casa ☐ Sólo dentro de la casa ☐ Adentro & Afuera

Tiene otras mascotas? ☐ Sí ☐ No Si marcó sí, qué mascotas: _____

Su mascota interactúa con otros animales? ☐ Sí ☐ No

Su mascota toma algún tipo de prevención contra pulgas o parásitos al corazón?

☐ Simparica Trio ☐ Proheart **6** or **12** ☐ Nexgard ☐ Simparica ☐ Frontline Plus

☐ Revolution ☐ Otro: _____

Su mascota toma alguna medicina o vitamina?

☐ Sí, por favor indique nombre, dosis y frecuencia ☐ No, mi mascota no toma ninguna medicina o vitamina

Medicación #1: _____

Dosis / Frecuencia: _____

Medicación #2: _____

Dosis / Frecuencia: _____

Medicación #3: _____

Dosis / Frecuencia: _____

Vitaminas / Suplementos: _____

Cuándo tomó su(s) medicina(s) por última vez? _____

Su mascota tiene algún tipo de reacción alérgica?

☐ Sí, por favor explique _____ ☐ No

APETITO Y HÁBITOS

Apetito:

☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Disminuido

Consumo de Agua

☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Disminuido

Defecación:

☐ Normal ☐ Anormal

Micción (orina):

☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Disminuido

Por favor explique si es necesario:

MÁS EN LA PARTE DE ATRÁS



EL PROBLEMA MEDICO DE HOY:

POR FAVOR MARQUE LOS SÍNTOMAS QUE HAYA NOTADA O LO QUE LE ESTÉ PREOCUPANDO

APARIENCIA FÍSICA:

- ☐ Letárgico(a), Deprimido(a) ☐ Perdiendo Peso ☐ Subiendo de peso

OJOS:

- ☐ Secreción Anormal ☐ Se Rasca Mucho ☐ Tumor o Hinchazón Anormal

OREJAS:

- ☐ Le Pica / Se Rasca ☐ Enrojecimiento / Inflamación ☐ Olor Anormal ☐ Secreción Anormal

PIEL:

- ☐ Le Pica / Se Rasca / Se Lame ☐ Pérdida De Pelo ☐ Arrastra El Trasero En El Piso ☐ Tumor o Hinchazón
☐ Enrojecimiento / Inflamación ☐ Herida ☐ Infección a la piel

GASTROINTESTINAL:

- ☐ Anorexia ☐ Vómito ☐ Diarrea ☐ Extreñimiento ☐ Sangre En La Heces

MÚSCULOESQUELETAL:

- ☐ Cojea / Debilidad ☐ Dolor

SISTEMA NERVIOSO:

- ☐ Comportamiento Anormal ☐ Epilepsia

UROGENITAL:

- ☐ Orina Seguido ☐ No Orina ☐ Sangre En La Orina ☐ Orina En Lugares Inadecuados

Explique cualquier preocupación que tenga

(por ejemplo, cojea de la pierna, tiene hinchazón en la frente, secreción verde del ojo izquierdo):

Cuándo le empezaron los síntomas (horas, días, semanas, meses): _____

Su mascota ha comido en las últimas 12 horas? ☐ Sí ☐ No

Tiene algún comentario adicional?

Además de la examinación física, puede que necesitemos harer otros exámenes o procedimientos para poder conseguir un diagnóstico preciso. Lo(a) contactaremos al número de teléfono que nos ha dado, si es que algún otro procedimiento es necesario. Su mascota será vista lo más pronto posible, dependiendo cuantos pacientes tengamos en el hospital. Nuestro objetivo es proveer el mejor cuidado médico posible.

Doy permiso a los doctores de Indian Hills Animal Clinic para examinar mi mascota y entiendo que you so responsable de pagar por los servicios ofrecidos cuando recoja a mi mascota.

DUEÑO(A) DE LA MASCOTA / REPRESENTANTE:

FECHA