



Recepcionista quien los recibió _____

Fecha _____ Razón por su visita _____

Nombre del dueño _____

Domicilio _____ APT _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Celular _____

Correo Electrónico _____ Seguro _____

Nombre del mascota _____

Raza _____

Fecha de nacimiento/edad _____

Color _____

Gato/Perro _____

Hembra/Macho _____

Esterilizado _____

1. Como supiste de nosotros? (escoge)

- Visita anterior
- Entrenamiento de perros, Taurus
- Tarjeta de bienvenida
- Directorio
- www.austinvetcare.com
- Paginas Arcoiris
- Páginas amarillas
- Pantallas de publicidad
- Otro _____
- Referencia de cliente _____
- Referencia de mi veterinario _____

2. Usted y su mascota están valorados como pacientes en nuestro hospital. Valuamos a su opinión.

Que es lo mas importante en tu decisión de escoger un hospital veterinario? _____

Que esperes de nosotros con esta visita o en el futuro? _____

Firme _____

* Yo autorizo al veterinario examinar, prescribir, y/o dar tratamiento a la mascota mencionada. Yo entiendo que para prevenir transmisión de enfermedades infecciosas, es obligatorio que todos los pacientes hospitalizados tengan sus vacunas corrientes y que no tengan parásitos internos o externos. La firma que sigue autoriza/confirma este nivel de cuidado preventivo y los cargos asociados. Yo soy responsable por todos los cargos en el tratamiento de mi mascota, y entiendo que el balance de los cargos se debe al momento en que los servicios son proveídos. Podemos preparar precios estimados por escrito, si lo desea. En casos de cuidado intensivo, o cirugías, en donde el pago total será difícil, aceptamos tarjetas de crédito.