

Welcome to Richmond Veterinary Hospital

We know your pet's health is important and we thank you for trusting us to care for them. To help us provide the best care possible, please take a few moments to fill this form out completely. Thank you!

REGISTRACION

Dueño/a: _____ **Fecha:** _____

Direccion: _____ **SSN:** _____

Pareja Significante: _____ **E-Mail:** _____

Telefono _____ **Celular:** _____ **Otro Telefono:** _____

Contacto de Emergencia: _____ **Celular** _____

¿Como Encontro Nuestra Clinica? Letrero Paginas Amarillas Facebook Recomendado
 Internet Periodico Otro: _____

¿Quien lo Recomendio? _____

Numero de Mascotas Perros: _____ Gatos: _____ Otro (Specifique): _____

Razon de Visita: _____

HISTORIAL MEDICAL DE MASCOTA

Nombre: _____ Perro Gato Otro: _____

Raza: _____ **Color:** _____ **Edad:** _____

Indeterminado Varon Castrado Hembra Esterilizada

Historial de Vacunas (Fecha y Tipo de Ultimas Vacunas): _____

Por favor cheque () Cual Quiera de estos Sintomas o Problemas que a Notado de su Mascota:

<input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento	<input type="checkbox"/> Sin Apetito	<input type="checkbox"/> Estornudando
<input type="checkbox"/> Sangrando de Cena	<input type="checkbox"/> Cojeando	<input type="checkbox"/> Tomando o Orinando Mas
<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Perdida de Equilibrio	<input type="checkbox"/> Vomitando
<input type="checkbox"/> Tosiendo	<input type="checkbox"/> Arrastrandose	<input type="checkbox"/> Debilidad
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Rascandose	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Ojos Saltones o Rojos	<input type="checkbox"/> Deprimido	
<input type="checkbox"/> Nauseas	<input type="checkbox"/> Sacudiendo la Cabeza	

Medicamentos Actuales de Mascota: _____

Describe la Dieta de Mascota: _____

AUTORIZACION

Por la presente autorizo al veterinario a examinar, recetar y / o tratar a la mascota descrita anteriormente. Asumo toda la responsabilidad por todos los cargos incurridos por el cuidado de este animal. También entiendo que estos cargos se pagarán al momento de la liberación y que se puede requerir un depósito para el tratamiento quirúrgico. Entiendo que todos los saldos pendientes están sujetos a cargos / cargos de facturación y facturación continuos hasta que el saldo se pague por completo.

Firma de Dueño/a: _____ **Fecha:** _____

Metodo de Pago: Cash Mastercard Visa Otro: _____

Richmond Veterinary Hospital – 4704 MacDonald Ave, Richmond, CA 94805
(510) 232 - 3465