

# Cliente y La Información Para el Paciente

Animal Hospital de Tampa, Inc.

Dr. Kermit R. Harvey

¡Bienvenido, y gracias por darnos la oportunidad de cuidar su mascota(s).  
Para poder servirle mejor, por favor completa la parte delantera y posterior:

## Información del cliente:

Propietario: \_\_\_\_\_  
                  Titulo                    Apellido                    Primer Nombre                    M.I.

Dirección: \_\_\_\_\_  
                  Dirección  
                  \_\_\_\_\_  
                  Ciudad                    Estado                    Código Postal

Dirección De Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de Su Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

¿ Si es necesario, podemos nosotros llamar a su trabajo? Sí  No

## Información del paciente:

Por favor, rellene la información adecuada para su mascota(s)

	MASCOTA #1	MASCOTA #2	MASCOTA #3
NOMBRE			
ESPECIES (gato, perro, otros)			
RAZA			
COLOR			
FECHA DE NACIMIENTO			
SEXO			
¿CASTRADAS O CASTRADOS?	Círcula uno: Sí No	Círcula uno: Sí No	Círcula uno: Sí No

### **Todas las tarifas son debidas al tiempo que se prestan los servicios!**

Para su conveniencia, aceptamos Visa, MasterCard, Discover, American Express, CareCredit así como dinero en efectivo y cheques personal con licencia de conducir.