



¡BIENVENIDOS A COTTAGE PET HOSPITAL!

900 E. Broadway · Anaheim, CA 92805
Phone: (714) 535-6714 · Fax: (714) 535-0564
www.cottagepethospital.com · cottagepethospital@live.com

REGISTRO DE NUEVO CLIENTE

Dueño Principal _____ SS# _____ (Last 4 digits)
 Dueño Secundario _____ SS# _____ (Last 4 digits)
 Dirección _____ Apt# _____ Ciudad _____
 Estado _____ Código postal _____ Casa # () _____
 Celular principal # () _____ Empleador # () _____ Empleador _____
 Celular secundario # () _____ Empleador # () _____ Empleador _____
 Podemos enviarle notificaciones de mensajes de texto? Si no Por si, telefono # () _____
 Email Address _____

Díganos cómo prefiere pagar (marque uno o más)

Efectivo Cheque Crédito Débito Care Credit (Ask us for details!)

Nota: Si paga con cheque se requiere tanto de licencia/ID Estado válido Y el número de Seguro Social. Si paga con tarjeta se requiere licencia/identificación del Estado válido

Licencia/Estado I.D. # _____ Fecha de expiración _____ Estado _____ Fecha de nacimiento _____

¿Cómo se enteró acerca de nuestro hospital? (marque uno)

Cartel Escucha Anteriormente Internet (qué sitio): Yelp Google Yahoo Bing Otro sitio _____
Amigo/Familiar— (quien podemos agradecer?) _____ Otro _____

REGISTRO DE NUEVA MASCOTA

Nombre _____ Perro o Gato Raza _____ Edad _____
 Color _____ Macho Hembra Esterilizados? Si No Microchip# _____
 Motivo de la visita de hoy _____
 Nombre de Medico Anterior _____ Podemos pedir documentos? Si No
 Antecedentes médicos/tratamiento/cirugía _____
 Historia de vacunación _____

Yo, el abajo firmante, propietario o agente autorizado del paciente anterior, autorizan al veterinario admitir (y sus asociados o asistentes designados) para administrar un tratamiento que sea necesario para el beneficio de este paciente. También doy mi consentimiento para la administración de la anestesia, según sea necesario. YO SI/ NO (marque uno) _____ (inicial) autorizar el tratamiento (si es necesario) si yo no puedo a alcanzar. Entiendo, además, que no se hace ninguna garantía de éxito del tratamiento. También asumo la responsabilidad financiera de todos los gastos incurridos para este paciente, y me comprometo a pagar todos estos gastos en el momento de soltar el paciente Si cualquier parte de la factura no se paga en su totalidad dentro de un mes, habrá una tasa de financiamiento mensual del 1.5% y un cargo de facturación de \$ 4.00 por cada mes que permanezca sin pagar. Usted es responsable de todas las tarifas, incluyendo el costo de recolección 25% y / o los honorarios judiciales.

EL PAGO SE REQUIERE AL TIEMPO DE SERVICIO.

Firma del dueño Principal _____ Fecha _____
Firma del dueño Secundario _____ Fecha _____

Gracias por darnos la oportunidad de cuidar a su mascota. Estamos encantados de ayudarle con todas las necesidades de su mascota. Para garantizar la mejor atención posible, por favor, tómese el tiempo para rellenar este formulario en su totalidad. ¡Gracias!