



Formulario para Cliente Nuevo

¡Bienvenido a Murrieta Family Pet Hospital! Nuestro equipo esta dedicado al servicio óptimo en la atención al paciente y hará todo lo posible para hacer la estadia de su mascota agradable y beneficiosa. Por favor no dude en hacer cualquier pregunta relacionada con el tratamiento de su mascota u otras polizas del hospital. Para ayudar a servirle mejor, por favor proporcione la siguiente información.

Nombre _____ Correo Electrónico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono móvil _____ Teléfono de casa _____ Teléfono de Trabajo _____

Contacto Alternativo _____ Teléfono _____

¿Por qué eligió nuestra práctica? Sitio web Ubicación Otro (especificar) _____
 Recomendación Personal (¿A quién podemos agradecer?) _____

¿Cuál es su proveedor de seguro médico de sus mascotas? _____ Número de Poliza _____

Información del paciente	Mascota #1	Mascota #2	Mascota #3			
Nombre						
Raza						
Fecha de Nacimiento						
Color						
Sexo: (circule)	Hembra Esterilizada	Macho Castrado	Hembra Esterilizada	Macho Castrado	Hembra Esterilizada	Macho Castrado
Enfermedades o cirugías previas?						
Alergias a las vacunas o medicamentos?						
Dietas especiales o medicamentos?						

Consentimiento de Fotografía: Concedo a Murrieta Family Pet Hospital el derecho de tomar fotografías de mi mascota, y al derecho de autor, utilizar y publicar la misma en forma impresa y/o electrónica. Estoy de acuerdo en que Murrieta Family Pet Hospital podrá usar tales fotografías de mi mascota para cualquier propósito legal, incluyendo, por ejemplo, con fines tales como la publicidad, ilustración, y contenido Web.

El anterior puede tomar fotos de mi mascota El anterior NO puede tomar fotos de mi mascota

Tenga en cuenta: Su privacidad es importante para nosotros.

Toda la información recibida en todas sus formas y a través de otras comunicaciones está sujeta a nuestra política de privacidad del paciente.

Todos los pagos se deben hacer en el momento de los servicios prestados. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito, y Care Credit, que puede ser aprobado en tan solo 10 minutos.

Firma _____ Fecha _____