

PONCE ANIMAL HOSPITAL
Dr. Hector J. Zayas - Dra. Patricia Randel

Hoja de Registro

Nombre del dueño _____
apellido paterno apellido materno primer nombre

Nombre del cónyuge: _____

Correo Electrónico (E-mail): _____

Teléfono residencia: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Como supo usted de nuestro hospital:

Redes Sociales y/o internet: _____, Referido por una amistad _____, Familiar _____, Otro Veterinario _____, Refugio de animales _____, Sociedad Protectora _____, Otros _____.

¿Quién lo refirió? _____

Dirección residencial: _____

Dirección postal. _____

Nombre de su mascota: _____

Especie: Canino _____ Felino _____ Ave _____ Otro _____

Raza: _____ Sexo: M _____, F _____ Esterilizada(o) Si _____ No _____

Fecha de nacimiento y/o edad aproximada: _____

Color: _____

¿Tiene usted otros animales en su casa? Si _____, No _____,

¿Cuántos y de que especies? _____

¿Que tipo de comida usted le da a su animal? Comida seca _____ Comida de lata _____

Comida de la casa _____ Otras _____

Todos nuestros servicios son estrictamente de contado, usted tiene que pagar por todos los servicios rendidos a su animal al momento de estos ser dados.

En caso de cirugías y/o hospitalización el cliente debe dejar saldo el total del costo estimado por el veterinario o lo que el médico crea que sea razonable. La cuenta tiene que ser saldada cuando el cliente recoja su animal. Todas las cuentas sin pagar, de más de treinta días serán sujetas a cargos por financiamiento. Yo, declaro que la información dada por mí arriba es totalmente cierta. Me hago responsable de pagar al Ponce Animal Hospital y/o personas debidamente autorizadas, los costos de tratamientos o cualquier procedimiento necesario en mi mascota. También entiendo que se cobrarán recargos por cuentas no pagadas.

Firma: _____ Fecha: _____