

Formulario de Nuevo Registro de Cliente

Bienvenido a Sunnyside Pet Hospital

Fecha: _____

Apellido

Nombre

Pareja

Dirección: _____

Numero

Calle

Cuidad

Codigo Postal

Numero de Celular: _____ Numero Alternativo : _____

Email _____

Referido Por: _____ (Anote por favor el nombre de la persona que le refiro si son clients existents para que puedan obtener un credito de \$10.)

Nombre de mascota: _____ Perro/Gato? Sexo: Macho/Hembra Esterilizado? Si / No

Raza: _____ Color: _____ Edad: _____

Segunda Mascota: _____ Perro / Gato ? Sexo: Macho/ Hembra Esterilizado? Si / No

Raza: _____ Color: _____ Edad: _____

REQUIRIMOS QUE TODAS SUS MASCOTAS TEN CORRIENTE EN SU VACUNA DE LA RABIA. SI NO PUEDE PRESENTAR PRUEBA DE VACUNA CORRIENTE, LA VACUNA ES \$10 CON CERTIFICADO Y ETIQUETA.

YO AUTORIZO LA LIBERACION DE LOS REGISTROS MEDICOS DE MIS MASCOTAS SI ES NECESARIO. SI NO Iniciales _____
(ejemplo: Hospital de emergencia, especialista, aseguranza, o otra clinica veterinaria)

TODOS LOS CARGOS DEBEN SER PAGADOS CUANDO LOS SERVICIOS SON PRESTADOS

Pago se puede hacer en Cash, Care Credit, Scratch Pay

NO ACEPTAMOS CHEQUES.

Firma: _____