

# WESTERN VETERINARY CLINIC

25190 State Road 2  
South Bend, IN 46619  
**Online at:** westernvet.com

For Office Use:  
ID \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_

**Phone:** (574) 234-3098  
**Fax:** (574) 287-3835  
**Email:** info@westernvet.com  
facebook.com/westernvet

## REGISTRO PARA CLIENTES NUEVOS

En la Western Veterinary Clinic, estamos muy contentos de poder ofrecer atención médica a su mascota. Para poder darle el mejor servicio posible, por favor proporcione la información solicitada en esta forma. Si tiene más de una mascota, hay espacios adicionales en la parte posterior de esta hoja para que sepamos acerca de ellos también!

SU MASCOTA Nombre: \_\_\_\_\_ Especie:  Perro  Gato  Caballo  Otro \_\_\_\_\_

Sexo:  Macho  Castrado  Hembra  Esterilizada Raza: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_

Edad o Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Veterinario Anterior o Referente: \_\_\_\_\_

Últimas Vacunas Recibidas: \_\_\_\_\_

Tiene su mascota alergias o condiciones pre-existentes? \_\_\_\_\_

Si su mascota se pierde, podemos dar su nombre, dirección y teléfono a la persona que encuentre su mascota perdida?  Si  No

INFORMACION DEL DUEÑO Nombre Primero: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo/Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono para Emergencias: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo/Esposa/Otra persona de contacto: \_\_\_\_\_

Relación Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nos da permiso para mandarle mensajes importantes acerca de la salud de su mascota a su dirección de correo electrónico?  
 Si  No

Como se entero acerca de nosotros?  Amigo o Miembro de Familia  Ubicación  Guía Telefónica  
 Búsqueda en Google/Yahoo  GPS  Radio  Veterinario Referente  Otro \_\_\_\_\_

**El pago es debido cuando los servicios son prestados.** Aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover, y CareCredit.

Si a usted le gustaria tener su información de tarjeta de crédito en el archivo, por favor proporcione la información siguiente:  
 Visa  MasterCard  Discover Card  CareCredit Numero \_\_\_\_\_ exp. \_\_\_\_\_

Si desea pagar con cheque y para comprobar su privilegio de escritura de cheques:  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Yo estoy de acuerdo de que todos los nombres, domicilios y números de teléfono en esta forma de registro son aprobados por mí para poder recibir el historial completo e/o información acerca de mi cuenta. Yo estoy de acuerdo de que en el caso de incumplimiento de pago de cualquier cantidad adeudada, o si mi cuenta es transferida a una agencia o abogado para colección o acción legal, voy a pagar un cargo adicional que es igual al costo de colección, arbitraje, los honorarios del abogado, y costos de la corte incurridos y permitidos por la ley.

Firma del Dueño \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Es un placer para servile a usted y a su mascota!*

 Like us on Facebook.

INFORMACION ACERCA DE SUS OTRAS MASCOTAS

**Nombre de su Mascota:** \_\_\_\_\_ **Especie:**  Perro  Gato  
 Caballo  Otro \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Macho  Castrado  Hembra  Estirilizada **Raza:** \_\_\_\_\_ **Color:** \_\_\_\_\_

**Edad o Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Veterinario Anterior o Referente:** \_\_\_\_\_

**Ultimas Vacunas Recibidas:** \_\_\_\_\_

**Tiene su mascota alergias o condiciones pre-existentes?** \_\_\_\_\_

**Nombre de su Mascota:** \_\_\_\_\_ **Especie:**  Perro  Gato  
 Caballo  Otro \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Macho  Castrado  Hembra  Estirilizada **Raza:** \_\_\_\_\_ **Color:** \_\_\_\_\_

**Edad o Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Veterinario Anterior o Referente:** \_\_\_\_\_

**Ultimas Vacunas Recibidas:** \_\_\_\_\_

**Tiene su mascota alergias o condiciones pre-existentes?** \_\_\_\_\_

**Nombre de su Mascota:** \_\_\_\_\_ **Especie:**  Perro  Gato  
 Caballo  Otro \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Macho  Castrado  Hembra  Estirilizada **Raza:** \_\_\_\_\_ **Color:** \_\_\_\_\_

**Edad o Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Veterinario Anterior o Referente:** \_\_\_\_\_

**Ultimas Vacunas Recibidas:** \_\_\_\_\_

**Tiene su mascota alergias o condiciones pre-existentes?** \_\_\_\_\_

**Nombre de su Mascota:** \_\_\_\_\_ **Especie:**  Perro  Gato  
 Caballo  Otro \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Macho  Castrado  Hembra  Estirilizada **Raza:** \_\_\_\_\_ **Color:** \_\_\_\_\_

**Edad o Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Veterinario Anterior o Referente:** \_\_\_\_\_

**Ultimas Vacunas Recibidas:** \_\_\_\_\_

**Tiene su mascota alergias o condiciones pre-existentes?** \_\_\_\_\_