



1451 W. Artesia Blvd. Suite #3 Gardena, CA 90248 • Tel: 310.243.6599 / Fax: 310.817.6152

### COMO ESCUCHASTES DE NOSOTROS?

<input type="checkbox"/> Amigo o Familiar _____	<input type="checkbox"/> El Cartel	<input type="checkbox"/> Publicidad Impresa
<input type="checkbox"/> Busqueda de Internet	<input type="checkbox"/> Sitio Web	<input type="checkbox"/> Correo
		<input type="checkbox"/> Otro _____

### INFORMACION DE CLIENTE

Nombre de Cliente	Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre de Cónyuge
Domicilio	Números y Calle	Ciudad	Estado	Codido Postal
Dirección de Correo Electrónico _____				
Números de teléfono	Hogar	Trabajo	Célula	
Números de teléfono de Cónyuge	Trabajo	Célula		
Contacto de Emergencia Alternativo	Nombre			Número de teléfono

### INFORMACION DE MASCOTA

	PET 1	PET 2	PET 3	PET 4
Nombre				
Perro o Gato				
Raza				
Color/Marcas				
Edad o Fecha de Nacimiento				
Masculino o Femenino				
Esterilizado/Castrado				
Numero de Microchip (Si o No?)				

Podemos usar fotos de su mascota en nuestro sitio web y SNS?      Si      No

### FORMA DE PAGO

POR FAVOR HAZNOS CONOCER LA FORMA DE PAGO. POR FAVOR MARQUE

DEBIT CARD	CASH	CREDIT CARD	CARE CREDIT	PE T INSURANCE
------------	------	-------------	-------------	----------------

## **AVISO DE ABANDONO**

Si, después de (5) días a partir de la fecha de la notificación por escrito, su mascota no es recogida, se considerará abandonada y puede ser sacrificada, adoptada o manejada de manera humana de la manera que Económico Animal Hospital considere apropiada. Se entiende que esto no me alivia de pagar todas las tarifas por los servicios, el uso del hospital, el costo de mantener al animal, o tarifas de cobro.

## **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y GARANTÍA DE PAGO**

**Consentimiento para tratamiento y / o admisión:** Me han informado y entiendo que todos los servicios, incluidas las vacunas, los medicamentos, las pruebas, los procedimientos quirúrgicos, los anestésicos o los tratamientos que administrará el Económico Animal Hospital implican un riesgo de daño para mi mascota. Después de ser informado y comprender estos riesgos, incluida la muerte, doy mi consentimiento a Económico Animal Hospital y su personal para que brinden estos servicios. Este acuerdo cubre a todos los miembros del personal involucrados en el cuidado de mi mascota, incluidos los médicos primarios del personal y cualquier veterinario de alivio que cubra a los médicos regulares de las clínicas. Además, pediré que me aconsejen las instrucciones de cuidado posterior para mi mascota y entiendo que estas instrucciones deben seguirse para la salud de mi mascota. Entiendo que si tengo preguntas adicionales o si ocurre un problema, debo comunicarme con mi veterinario en esta oficina de inmediato. Si no se puede contactar al veterinario y considero que es necesario obtener atención médica inmediata para mi mascota, entiendo que debo ir a la clínica veterinaria de emergencia más cercana y hacer un seguimiento con mi veterinario habitual en esta oficina lo antes posible. Entiendo que el personal clínico y administrativo puede revisar los registros e informes de laboratorio de mi mascota, pero todos mis registros se mantendrán confidenciales y no se divulgarán sin mi consentimiento por escrito. Entiendo que la atención veterinaria durante las horas nocturnas y / o los fines de semana se proporciona a discreción del veterinario que lo atiende. La presencia continua de personal no se puede proporcionar durante estas horas. Acepto que la medicina veterinaria es una ciencia inexacta y que no se ha garantizado el éxito del tratamiento.

**Acuerdo paciente / garante:** Entiendo que si mi mascota necesita atención de emergencia, los médicos usarán todas las opciones de tratamiento a su disposición. Esto incluye medicamentos, cirugía y cualquier terapia alternativa disponible, como; radioterapia y / o hipotermia. Entiendo que seré financieramente responsable de todos los procedimientos de emergencia, incluida la estimación de los cargos que se me proporcionen en persona o por teléfono. Entiendo que la clínica no se dedica a otorgar crédito y, por lo tanto, requiere el pago completo en el momento en que se prestan los servicios. Estoy de acuerdo en que puede ser necesaria otra visita si no puedo pagar los servicios que se prestarán hoy o si tengo un saldo pendiente de una visita anterior. Entiendo que pueden enviarme a cobranzas si no resuelvo algún saldo pendiente. Acepto proporcionar mi licencia de conducir con fines de identificación. No ofrecemos ninguna forma de facturación. Aceptamos efectivo, VISA, Mastercard, American Express, Discover, Care Credit, Scratch pay como formas de pago.

**Declaración del cliente:** Todas mis preguntas e inquietudes serán abordadas y respondidas a mi satisfacción. Recibiré instrucciones por medio de literatura impresa o explicaciones verbales a mi solicitud sobre el cuidado posterior de mi mascota. Entiendo que hay más información disponible a pedido sobre el cuidado de mi mascota en caso de que surja la necesidad. Además, acepto que es mi responsabilidad llamar a la oficina para obtener los resultados del trabajo de laboratorio de mi mascota. Acepto mantener informada a la oficina de mi veterinario sobre cualquier cambio en la condición o salud física de mi mascota.

**Respecto a las vacunas:** Entiendo que es mi responsabilidad informar al personal y al médico si mi mascota ha tenido alguna reacción previa a la vacuna. Entiendo que una inyección antihistamínica antes de la vacunación y / o medicamentos está disponible para minimizar la reacción a la vacuna. Entiendo que algunas mascotas tienen reacciones adversas a las vacunas y Económico Animal Hospital no es responsable de la reacción a la vacuna de mi mascota si surge esta circunstancia. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo adicional incurrido para tratar a mi mascota por cualquier reacción a la vacuna.

\* Al firmar voluntariamente a continuación, acepto que he leído, o me han leído, este formulario de consentimiento. Entiendo y acepto todos los términos descritos aquí. Tuve la oportunidad de hacer preguntas. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubrir todo el curso de la atención médica de mi mascota para enfermedades presentes o futuras.

---

Firma del propietario / agente / buen samaritano

Fecha



## **Formulario de autorización de propietarios ausentes**

***Respetaremos el formulario más actualizado en el archivo durante el período indicado o durante un (1) año a partir de la fecha de la firma.***

El agente que presenta la (s) mascota (s) descrita (s) debe presentar este formulario al personal de Económico Animal Hospital al momento de la admisión, o un formulario completo debe estar en el registro médico de su mascota.

**Enumere a continuación las personas que pueden presentar las mascotas en su ausencia.**

**Persona (s) autorizada (s):**

1. \_\_\_\_\_ Números de teléfono \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ Números de teléfono \_\_\_\_\_

Las personas mencionadas anteriormente pueden admitir a mis mascotas en Económico Animal Hospital, en mi nombre, para cualquier examen necesario, tratamiento de diagnóstico, hospitalización, cirugía, incluida la eutanasia. Marque y complete la opción A o B y obtenga las firmas requeridas **¡SELECCIONE UNA!**

**A. Credit Card with Authorized Person:**

Entiendo que soy responsable del pago de todos los gastos incurridos. Reconozco que se requiere el pago total de la tarifa estimada antes de que se brinde atención médica, quirúrgica o de emergencia. El pago se realizará con tarjeta de crédito. **\_\_\_\_\_ Inicial**

\* Será responsabilidad del propietario asegurarse de que el (los) agente (s) responsable (s) de mi (s) mascota (s) tengan el número de la tarjeta de crédito o la tarjeta en sí \*

**O**

**B. Authorized Person Responsible:**

El propietario de la (s) mascota (s) descrita (s) anteriormente, ha hecho los arreglos previos de la siguiente manera: el agente que admite la (s) mascota (s) descrita anteriormente será responsable del pago de todos los gastos al momento de la admisión y liberación de mi (s) mascota (s) de Económico Animal Hospital. Reconozco que se requiere el pago total de la tarifa estimada antes de que se brinde atención médica, quirúrgica o de emergencia. **\_\_\_\_\_ Inicial**

Yo, el propietario, certifico que toda la información mencionada anteriormente es correcta y precisa. Por la presente autorizo a los veterinarios y al personal del Económico Animal Hospital a examinar, recetar y / o tratar a las mascotas anteriores según se considere necesario. Entiendo que se intentará contactarme, pero en caso de que no me puedan localizar, doy permiso a Económico Animal Hospital para tratar a mi (s) mascota (s) y entiendo que seré responsable de cualquier cargo resultante de ese tratamiento (s). Entiendo que no hay personal en el personal las 24 horas del día en Económico Animal Hospital, pero si mi mascota requiere atención las 24 horas, se le puede llevar a Access Specialty Animal Hospital de South Bay mediante el transporte del agente del propietario. Cualquier costo incurrido en cualquier otra instalación será responsabilidad exclusiva del dueño y / o agente de la mascota.

**Firma del propietario: requerida** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_