



NEW HAVEN

ANIMAL HOSPITAL

Forma de Registro de Cliente

3450 E. Ontario Ranch Rd. Ontario, CA 91761

Phone (909) 235-4992 Fax (909) 2194297

newhavenah@gmail.com

Información del Dueño

Nombre _____ Apellido _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Numero Primario (____) _____ Celular Casa Trabajo
 Fecha de Nacimiento ___/___/___ Cuenta de CareCredit? Si No
 Correo electrónico _____

Información del Segundo Dueño

Nombre _____ Apellido _____
 Numero Primario (____) _____ Celular Casa Trabajo
 Numero Secundario (____) _____ Celular Casa Trabajo
 Correo electrónico _____ Cuenta de CareCredit? Si No

Mascota #1

Nombre _____ D.O.B ___/___/___ M F Alterado: Si No
 Raza _____ Color _____ Asegurado: Si No Microchip #: _____

Mascota #2

Nombre _____ D.O.B ___/___/___ M F Alterado: Si No
 Raza _____ Color _____ Asegurado: Si No Microchip #: _____

Mascota #3

Nombre _____ D.O.B ___/___/___ M F Alterado: Si No
 Raza _____ Color _____ Asegurado: Si No Microchip #: _____

Mascota #4

Nombre _____ D.O.B ___/___/___ M F Alterado: Si No
 Raza _____ Color _____ Asegurado: Si No Microchip #: _____

Cómo se enteró de nosotros?

- Sitio Web Signo de Hospital Yelp Facebook Google Correo Evento Comunitario
 UPC Perrera Hospital de Emergencia/Otro Otro: _____
 Recomendación personal: A quién podemos agradecer? _____

New Haven Animal Hospital Pueden usar mi mascota (s) fotos en las redes sociales y con fines educativos.

Sí, que mi mascota(s) sea una estrella! No, me niego.

Por la presente autorizo el veterinario a cargo del Hospital Animal New Haven examinar, aconsejarle a, y / o tratamiento de los animales descritos anteriormente. Asumo toda la responsabilidad por los gastos generados por el cuidado de estos animales. Entiendo que en caso de circunstancias extraordinarias o de emergencia, el personal hará que los intentos de ponerse en contacto conmigo o con mi representante designado, si el tiempo lo permite, antes de proceder con el tratamiento. Entiendo que seré responsable financieramente, no sólo los cargos estimados proporcionados a mí en persona o por teléfono, sino también para todos los procedimientos de emergencia. Comprendo que los honorarios estimados / profesionales deben ser pagados en el momento se prestan los servicios y el pago / depósito completo debe realizarse a todos los animales ingresados en el hospital. También certifico que soy mayor de 18 años de edad.

Firma del propietario o su agente autorizado _____ Fecha: ___/___/___

FOR OFFICE USE ONLY