



ANIMAL MEDICAL CENTER

New Client Form

Client Information/Información del cliente

Last Name/Nombre: _____ First Name: _____

Address: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Código postal: _____

Telephone#/Telefono#:(____) _____ Cell Phone#/Telefono movil#:(____) _____

Alternate Contact/Contacto Alternativo: _____

Email/Correo electrónico: _____

SSN: _____ Driver license#/Licencia de conducir#: _____

How did you learn about our clinic?/¿Cómo aprendiste sobre nuestra clínica? _____

Pet Information/Información sobre mascotas

Pet's Name/Nombre de mascota: _____ Dog/Perro Cat/Gato Other/Otro

Breed/Raza: _____ Color: _____

Age/Años: _____ Birthday (if known): _____

Sex/Sexo: Male/Masculino Female/Hembra

Is your pet spayed or neutered?/¿Es tu mascota esterilizada?: Yes No

Microchip#: _____

What kind of food does your pet eat?/¿Qué tipo de comida come tu mascota? _____

List previous vaccine history and previous clinic(s) you've taken your pet/Enumera el historial de vacuna anterior y la clínica previa en la que has estado con tu mascota:

Do we have consent to share your pet's picture for educational post to our Facebook page or website?/¿Tenemos su consentimiento para publicar su mascota en nuestro facebook por razones educativas?

Yes No

I hereby authorize the veterinarian to examine, prescribe for, or treat the above described pet. I assume responsibility for all charges incurred in the care of the animal. I also understand that ALL PROFESSIONAL FEES ARE DUE AT THE TIME SERVICES ARE RENDERED./Por la presente autorizo al veterinario a examinar, prescribir o tratar a la mascota descrita anteriormente. Asumo la responsabilidad de todos los cargos incurridos en el cuidado del animal. También entiendo que TODOS LOS HONORARIOS PROFESIONALES DEBEN DEJARSE EN EL MOMENTO EN QUE SE HACEN LOS SERVICIOS.

Signature/Firma aqui: _____ Date/Fecha: _____

Thank you for choosing our clinic to take care of the needs of your pet! -Dr. Dickey, Dr. Fugett, Dr. O Neal and Staff