

ALDINE ANIMAL HOSPITAL

NEW CLIENT/PATIENT FORM:

Thank you for entrusting us with the veterinary care of your pet(s). So that we may become more familiar with you, please complete the following: Please print

CLIENT INFORMATION:

Date: _____

Name: _____ **Spouse's Name:** _____

Address: _____ **apt#** _____ **City:** _____

State: _____ **Zip Code:** _____ **Home Phone:** _____

Driver's License#: _____ **Cell:** _____ **Email:** _____

Place of Employment: _____ **Work Phone:** _____

Spouse's Employment: _____ **Work Phone:** _____

All fees are due at the time services are rendered. We accept cash, MasterCard, Visa, and Discover.

How did you become aware of our hospital? Drive by Yellow Pages Newspaper Flyer Referral
 If someone referred you, whom may we thank? _____

I, the undersigned, and owner or authorized agent of the below mentioned pets, as well as all pets listed in your medical record in the future, do hereby authorize Aldine Animal Hospital to perform such examinations, diagnostic tests and treatments as necessary. I further agree to be financially responsible for all cost for such procedures and treatments. I understand that full payment is due at the time services are rendered. I understand that abandonment of animals does not relieve me of this financial obligation. Failure to pay bills on time will result in billing, finance charges and/or costs of any collection fee(s) incurred.

SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

PATIENT INFORMATION:

	PET #1	PET #2	PET #3
Name	_____	_____	_____
Breed	_____	_____	_____
DOB	_____	_____	_____
Color	_____	_____	_____
Sex	_____	_____	_____
Spayed/Neutered	_____	_____	_____
MEDICAL HISTORY – DOG:			
Rabies	_____	_____	_____
Distemper (DHLPP)	_____	_____	_____
Parvo/Corona	_____	_____	_____
Bordetella	_____	_____	_____
Lyme	_____	_____	_____
Heartworm Test	_____	_____	_____
Heartworm Preventive	_____	_____	_____
MEDICAL HISTORY – CAT:			
Rabies	_____	_____	_____
Distemper (FVRCP)	_____	_____	_____
Leukemia	_____	_____	_____
FIP	_____	_____	_____
FelV/FIV/FHW Test	_____	_____	_____

A copy of a Current ID is required

ALDINE ANIMAL HOSPITAL

CLIENTE NUEVO/ DOCUMENTO DEL PACIENTE:

Gracias por confiar en nosotros para los servicios a su mascota/s. Para tener un poco más de conocimiento sobre usted, por favor llene la siguiente información. Porfavor imprimir

INFORMACION DEL CLIENTE:

Fecha: _____

Nombre: _____ **Nombre de Esposo/a:** _____

Dirección: _____ **apt#** _____ **Ciudad:** _____

Estado: _____ **Código Postal:** _____ **Teléfono de Casa:** _____

Driver's License#: _____ **Celular:** _____ **Email:** _____

Lugar de Trabajo: _____ **Teléfono de Trabajo:** _____

Lugar de trabajó de Esposo/a: _____ **Teléfono De Trabajo:** _____

Pago debe ser pagado al terminar el servicio. Aceptamos efectivo, MasterCard, Visa, y Discover.

Como fue su conocimiento de nuestro hospital? Pasamos Páginas Amarillas Pediorico Volantes Alguien los Refirio
 Si alguien nos recomendó a usted, a quien debemos agradecer? _____

I, el infrascritos, y el dueño o el agente autorizado de los animales domésticos abajo mencionados, tan bien como todos los animales domésticos enumerados en su expediente médico en el futuro, autoriza por este medio el hospital animal de Aldine para realizar tales exámenes, pruebas de diagnóstico y tratamientos cuando sea necesario. Acuerdo más lejos ser financieramente responsable de todo el coste para tales procedimientos y tratamientos. Entiendo que el pago completo es servicios debidos está rendido en ese entonces. Entiendo que el abandono de animales no me releva de esta obligación financiera. La falta de pagar cuentas el tiempo dará lugar a la facturación, a cargas de las finanzas y/o a costes de cualquier honorario de colección incurrido en.

FIRMA: _____ **Fecha:** _____

INFORMACION DEL PACIENTE:

	MASCOTA #1	MASCOTA #2	MASCOTA #3
Nombre	_____	_____	_____
Raza	_____	_____	_____
Fecha de Nacimiento	_____	_____	_____
Color	_____	_____	_____
Sexo	_____	_____	_____
Spayed/Neutered	_____	_____	_____
HISTORIAL DEL MEDICO – PERRO:			
Rabies	_____	_____	_____
Distemper (DHLPP)	_____	_____	_____
Parvo/Corona	_____	_____	_____
Bordetella	_____	_____	_____
Lyme	_____	_____	_____
Heartworm Test	_____	_____	_____
Heartworm Preventive	_____	_____	_____
HISTORIAL DEL MEDICO – GATO:			
Rabies	_____	_____	_____
Distemper (FVRCP)	_____	_____	_____
Leukemia	_____	_____	_____
FIP	_____	_____	_____
FeLV/FIV/FHW Test	_____	_____	_____

Se requiere una copia de una identificación actual