



SANTA CRUZ VETERINARY CLINIC
 5408 South 12th Avenue
 Tucson, AZ 85706
 520-889-9643
www.santacruzpet.com
 Fax: 520-889-9023

Registración para Cliente Nuevo:

Porfavor usar pluma negra o azul Y escribir legible.

1) Información del Dueño:

Nombre:		Apellido:	
Dirección de Casa:			
Ciudad:	Estado:	Área postal:	
Dirección de Correo:			
Ciudad:	Estado:	Área postal:	
Casa #: ____ - ____ - ____	Celular #: ____ - ____ - ____	Trabajo #: ____ - ____ - ____	
Numero preferido para contactar:			
Correo electrónico:			

2) Contacto de Emergencia: (si no podemos alcanzar al dueño)

Nombre:		Apellido:	
Casa #: ____ - ____ - ____	Celular #: ____ - ____ - ____	Trabajo #: ____ - ____ - ____	

Por favor indique nombres de familia/personas autorizado para obtener información media:

3) Información de Mascota

Nombre de Mascota:	<input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Gato	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Capado/Capada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Clase de Perro:	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad: _____	
Color:	Color secundaria:		
Microchip/Tatuaje: <input type="checkbox"/> Sí # _____ <input type="checkbox"/> No			
Fecha de la última vacunación de Rabia: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Demasiado menor de edad para Rabia			
Por cuanto tiempo has tenido tu mascota?			
Donde agarraste tu mascota?			
Razón por su visita a la clínica?			

4) Como aprendiste de la clínica?: Amigo En el sitio web: _____ Otro: _____ Yo

soy la persona designado para autorizar atención médica de la Clínica Veterinario de Santa Cruz para que examinen, prescriben, y cuiden del animal descrito. Asumo toda la responsabilidad de las cargas adquiridas por el cuidado de este animal. Yo también comprendo que estas cargas serán pagadas en el tiempo de liberación y un depósito puede ser requerido por la hospitalización.

Firma _____ Fecha _____

Staff initials: _____