Office Use: #_____

Animal Medical Center of Orange
1330 N Glassell, Suite M, Orange, CA 92867
Tel: (714) 997-3686 | Fax: (714) 997-3644

Información del Propietario

Nombre (nombre y apellido) : _____

Dirección : _____ **Número de apartamento** : _____

Ciudad : _____ **Código postal** : _____

Número de teléfono : (celular) _____ (de casa) _____

Dirección de correo electrónico : _____ **Cumpleaños de propietarios** : _____

Nombre de cónyuge (nombre y apellido) : _____

Número de teléfono de cónyuge : _____

¿Fuiste referido por alguien : ☐ si ☐ no **¿Quien lo refirió** : _____

Sistema de Recordatorio

¿Cómo le gustaría recibir recordatorios sobre citas y servicios futuros (seleccione todas las que correspondan) :

☐ Postales ☐ Correos electrónicos ☐ Llamada telefónica / mensajes de voz ☐ Texto

Información de Mascotas

Información de clínicas anteriores : _____

Nombre : _____ **Cumpleaños / Edad** : _____

Sexo (marque UNO) : ☐ hembra esterilizada ☐ macho castrado ☐ hembra no esterilizada ☐ macho no castrado

Especies (marque UNO) : ☐ canina / canino ☐ felina / felino

Raza: _____ **Color** : _____

Nombre : _____ **Cumpleaños / Edad** : _____

Sexo (marque UNO) : ☐ hembra esterilizada ☐ macho castrado ☐ hembra no esterilizada ☐ macho no castrado

Especies (marque UNO) : ☐ canina / canino ☐ felina / felino

Raza: _____ **Color** : _____

Autorizo que Animal Medical Center of Orange y sus empleados tomen y usen fotografías de mi(s) mascotas, con o sin el nombre de la mascota, solo para fines publicitarios, ilustrativos, publicitarios y de contenido web.

☐ Sí, AMC Orange puede tomar y usar fotos como se describe anteriormente.Instagram De Mascota(s): @_____
☐ No, AMC Orange NO puede tomar ni usar fotos como se describe anteriormente.

Por la presente, autorizo al veterinario a cargo de Animal Medical Center of Orange a examinar, prescribir y/o tratar a la mascota descrita anteriormente. Asumo toda la responsabilidad por los cargos incurridos por el cuidado de estos animales. Entiendo que se espera el pago en el momento en que se da de alta al paciente, y es posible que se requiera un depósito a discreción de la gerencia. Una estimación de las tarifas esperadas está disponible a pedido. Certifico que tengo 18 años de edad o más.

Firma: _____ Fecha: _____

last revised on 8/15/2022