Lone Mountain
ANIMAL HOSPITAL

Registro de Nuevos Clientes

Apellido_____ Nombre _____

Esposo (Copropietario) Nombre_____ Apellido_____

Dirección_____

Ciudad_____ Estado_____ Código postal_____

Teléfono:_____ Celular:_____ Copropietario Celular:_____

Correo Electrónico:_____

Portal de mascotas Únete – 24/7 acceso a los registros médicos de su mascota (No vendemos esta información)

Nombre del hospital previo _____

¿Cómo se enteró de nuestro hospital? _____

Información de su mascota

	1st Mascota	2nd Mascota	3rd Mascota	4th Mascota
Nombre				
Especie				
Raza				
Color				
Sexo	F SPAY ☐ M NEUTER ☐	F SPAY ☐ M NEUTER ☐	F SPAY ☐ M NEUTER ☐	F SPAY ☐ M NEUTER ☐
Edad/DOB				

Autorización:

Por la presente, yo/nosotros autorizamos al veterinario a examinar, prescribir o tratar a mi(s) mascota(s). Yo/nosotros asumimos toda la responsabilidad por todos los cargos incurridos en el cuidado de este/estos animales. Yo / nosotros también entendemos que los cargos se pagarán en su totalidad en el momento del alta y que se puede requerir un depósito para ciertos tratamientos quirúrgicos u otros procedimientos.

Firma del propietario:_____**Fecha:**_____

Firma del copropietario:_____**Fecha:**_____

P: 702-645-3116 • F: 702-645-2758
6688 W. Cheyenne Ave. • Las Vegas, NV 89108
www.lmah.net