

Welcome

Formulario de admisión de clientes/ Formulário de admissão de clientes

Informacion de cliente/ Informação do tutor:

Nombre/ Nome: _____ Apellido/ Sobrenome: _____

Dirección/ Endereço: _____ E-mail: _____

Ciudad/ Cidade: _____ Estado: _____ ZIP Code: _____ Tel: _____

Información de contacto secundaria/ Informações de contato secundário:

Nombre/ Nome: _____ Tel: _____ Relación/ Relação: _____

Informacion de mascota/ Informação do Pet

Nombre/ Nome: _____ Edad/ Idade: / / Canino Felino Raza/ Raça: _____

Microchip: Si/ Sim No/ Não Color/ Cor: _____ Sexo: Macho Embrá/ Fêmea
_____ Castrado(a): Si/ Sim No/ Não

¿Su mascota padece alguna enfermedad preexistente o está tomando algún medicamento?/ Seu pet possui alguma doença preexistente ou toma alguma medicação?

Otras Mascotas/ Outros Pets:

Nombre/ Nome:	Edad/ Idade	Espécie	Raza/ Raça:	Sexo	Castrado(a) :
		<input type="checkbox"/> Canino <input type="checkbox"/> Felino		<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Embrá/ Fêmea	<input type="checkbox"/> Si/ Sim <input type="checkbox"/> No/ Não
		<input type="checkbox"/> Canino <input type="checkbox"/> Felino		<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Embrá/ Fêmea	<input type="checkbox"/> Si/ Sim <input type="checkbox"/> No/ Não
		<input type="checkbox"/> Canino <input type="checkbox"/> Felino		<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Embrá/ Fêmea	<input type="checkbox"/> Si/ Sim <input type="checkbox"/> No/ Não

Autorización/ Autorização

(SPN) Por la presente, autorizo al veterinario de la Clínica Veterinaria MetroWest a examinar, recetar y/o tratar a la(s) mascota(s) mencionada(s) anteriormente. Asumo la responsabilidad de todos los gastos derivados del cuidado de estas mascotas. Entiendo que estos gastos se pagarán al momento del alta, salvo que se indique lo contrario, y que podría requerirse un depósito para tratamientos quirúrgicos./ (PT) Por meio deste documento, autorizo o veterinário da Clínica Veterinária MetroWest a examinar, prescrever e/ou tratar o(s) animal(is) de estimação acima mencionado(s). Assumo a responsabilidade por todas as despesas incorridas com o cuidado desses animais. Também compreendo que essas despesas serão pagas no momento da alta, salvo indicação em contrário, e que um depósito poderá ser exigido para tratamentos cirúrgicos.

(SPN) Autorizo a la Clínica Veterinaria MetroWest a compartir y enviar cualquier historial médico de la(s) mascota(s) mencionada(s) anteriormente a, entre otros, otros centros médicos o compañías de seguros./ (PT) Autorizo a Clínica Veterinária MetroWest a compartilhar e enviar quaisquer registros médicos referentes ao(s) animal(is) de estimação acima mencionado(s) para, entre outros, outras instalações médicas ou seguradoras.

(SPN) Autorizo a los representantes y empleados de la Clínica Veterinaria MetroWest a tomar fotografías mías y/o de mi(s) mascota(s) para cualquier fin lícito, incluyendo, entre otros, ilustraciones, contenido web o publicaciones en redes sociales./ (PT) Autorizo os representantes e funcionários da Clínica Veterinária MetroWest a tirar fotografias minhas e/ou do(s) meu(s) animal(is) de estimação para serem usadas para qualquer finalidade legal, incluindo, entre outras, ilustração, conteúdo da web ou postagens em mídias sociais.

Dueño(a)/ Tutor(a) / Representante legal

Fecha/ Data: