

# HOSPITAL VETERINARIO DE PATTERSON

## Propietario

NOMBRE DEL PROPIETARIO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa # \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR # \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:  
\_\_\_\_\_

LICENCIA DE CONDUCTOR DEL PROPIETARIO / N. ° DE IDENTIFICACIÓN  
\_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL PROPIETARIO: \_\_\_\_\_

(Propietario FECHA DE NACIMIENTO necesario para dispensar medicamentos controlados)

## Mascota

NOMBRE DE MASCOTA: \_\_\_\_\_ PERRO \_\_\_ GATO \_\_\_ OTRO \_\_\_

EDAD / FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_

POR FAVOR CIRCULE UNO:      HOMBRE / HEMBRA      CASTRADO/ SPAYED

COLOR: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo al Dr. Herman, DVM y al personal a examinar, recetar o tratar a cualquier mascota que presente en esta oficina. Reconozco que soy un adulto legal de 18 años o más y asumo toda la responsabilidad por todos los cargos incurridos en el cuidado de dicha (s) mascota (s). *También entiendo que todos los cargos se pagarán en el momento del servicio, y se requerirá un depósito del 50% para la hospitalización.* Al proporcionar una dirección de correo electrónico y / o un número de teléfono celular, ocasionalmente puede recibir notificaciones de descuento de nuestro hospital solamente. Puede optar por no participar en cualquier momento. El hospital veterinario de Patterson ocasionalmente muestra imágenes de sus mascotas en las redes sociales y ofertas. Si desea que la fotografía de sus mascotas se mantenga confidencial, notifique a un miembro del personal. **Al firmar a continuación, confirmo que he leído lo anterior y estoy de acuerdo.**

FIRMA AQUI:  
\_\_\_\_\_

