



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:	☐ Perro ☐ Gato	☐ Masculino ☐ Femenino	Capado/Capada ☐ Sí ☐ No
Clase de Perro:	Fecha de nacimiento: ____/____/____		Edad: ____
Color:	Color secundaria:		
Microchip/Tatuaje: ☐ Sí # _____ ☐ No			
Fecha de la última vacunación de Rabia: ____/____/____ ☐ 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: _____