

**For Office Use ONLY:**

Intake Date: ____ / ____ / ____
 Program: AWASA/PET FIX TALGV S/N SOL. PACC/KFT ASAVENT
 SELF-PAY _____ COPAY: \$ _____ Check in by _____ Pager # _____

SANTA CRUZ VETERINARY CLINIC

5408 S. 12th Ave. Tucson, AZ 85706

Phone #: (520) 889-9643

Fax #: (520) 889-9023

www.santacruzpet.com

EL PAGO DE SU FACTURA DEBE EN SU TOTALIDAD EN EL MOMENTO DE LIBERAR ESTE ANIMAL

Nombre De Cliente: _____
Direccion: _____
 Calle _____ Apt/Unidad# _____
 Cuidad _____ Estado _____ Código Postal _____
Numero de Telefono: _____
Otro telefono: _____
Correo electrónico: _____

Nombre del Paciente: _____
Especies: Perro Gato _____
Sexo: Hombre Mujer
Edad: _____ Semanas/meses/anos
Raza: _____
Color: _____

Para que cirugia esta tu mascota qui hoy? Esterilizacion Castracion Dental Otra: _____

Historia del Paciente

1. De donde adquiriste a tu mascota? _____ 2. Por cuanto tiempo a tenido su mascota? _____
3. Su mascota tiene alguna enfermedad o lesion actual o reciente? No Toz Estornudos Vomitos Diarrea Other: _____
4. Su mascota se ha sometido a alguna cirugia en el pas? Yes No
5. Alguna vez su mascota ha tenido una reaccion alergica a una vacuna o medicamento? Yes No
6. Su mascota esta tomando actualmente algun mideocamiento? Yes No
7. Caundo (fecha y hora) fue la ultima vez que su mascota tuvo comida para comer? _____
8. SOLO EMBRAS: Numero de embarazos _____ Fecha del ultimo embarazo _____ Fecha del ultimo celo _____
9. Alguna vez su mascota ha sido vacunada? No Y si si, cuando? _____
 No hay prueba de vacunas pero actual por propietario – **PRUEBA REQUERIDA PARA 3 ANOS RABIA**

****TODOS LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON PULGAS Y/O GARRAPATAS DEBEN SER TRATADOS POR LA CLINICA VETERINARIA SANTA CRUZ A UNA Pago DE \$20-45****

Soy el propietario y / o la persona designada para la atencion medica de la mascota descrita anteriormente. De manera herbacea, permito que la clinica veterinaria de Santa Cruz examine, presciba y / o trate a la mascota descrita anteriormente. Asumo toda la responsabilidad por los cambios adquiridos en el cuidado de este animal. Tambien entiendo que estos cargos se pagaran en el momento de la liberacion y es posible que se requeria un deposito para la antencionhospitalaria. Si la mascota descrita anteriormente esta recibiendo servicios que son pagados por cualquier organizacion, entonces entiendo que la mascota debe ser esterilizada quirúrgicamente (esterilización/castración) en ese momento. Si se requiere atención hospitalaria entiendo que el personal no esta presente en las instalaciones las 24 horas del dia. Entiendo que el medico y el personal tomaran todas las precauciones razonables contra lesiones, escapes o la muerte de mi mascota. Entiendo que toda la anestesia implica algún riesgo para mi mascota y no responsabilizare al medico y al personal bajo ninguna circusntancia. Entiendo que soy responsable de seguir las instrucciones de recuperación post anestésica/quirúrgica para evitar lesiones graves o incluso la muerte de mi mascota. Todos los animales esterilizados/ castrados pueden ser tatuados para su identificación. Entiendo que asumo todo los riesgos. La Clínica Veterinaria Santa Cruz es preceptoría clínica de la Facultad de Medicina Veterinaria de la Universidad de Arizona. Entiendo que mi animal puede ser sometido a cirugía o asistencia por un estudiante de veterinaria bajo la supervisión directa del veterinario colegiado que lo atienda

Firma:**Imprime:****Fecha:**

Servicios Adicionales - Seleccionando "Si" mi firma arriba autorizo el consentimiento para que se realice ese servicio.

1. **Vacunas: (Perro o Gato)** Rabia (\$20) DAPP or PRC (\$25) INB or FELV (\$40) Lepto \$30
2. \$15.00 Si No – E-Collar (perro >6 meses Requerido)
3. \$20-30 Si No – Desparasitación para parásitos intestinales perros y gatos
4. \$20.00 Si No – Recorte de unas
5. \$30.00 Si No – Microchip con registro.
6. \$20.00 Si No – Alivio del dolor postoperatorio para su mascota de 4 meses o más.
7. \$45.00 Si No – Perro: Gusano del corazón, fiebre por garrapatas. Y enfermedad de Lyme
8. \$45.00 Si No – Gato: Prueba FeLV/FIV
9. \$100.00 Si No – Análisis De Sangre (CBC/Chem)
10. \$ Si No – Recomendación del medico: _____

Please scan QR code for post-op instructions video.



Watch video before picking up your pet.

Weight (lbs)**Temp (E R)****Pulse****Resp****M/C Scan: Neg / Pos****PRE-OP EXAM:**

MM/CRT: N AB NE
 Gen. Apperance: N AB NE
 Cardio/Pulmonary: N AB NE
 Integumentary: N AB NE
 Musculo-Skeletal: N AB NE
 Digestive: N AB NE
 Genito-Urinary: N AB NE
 EENT: N AB NE
 Dental: N AB NE

BCS= _____ / 9

 Remote Visual or Brief Exam – Caution or Feral**Veterinarian Signature** _____