

**For Office Use ONLY:**

Intake Date: ____/____/____

Program: ☐ AWASA/PET FIX ☐ TALGV ☐ S/N SOL. ☐ PACC/KFT ☐ ASAVET☐ SELF-PAY _____ COPAY: \$ _____ Check in by _____ Pager # _____**EL PAGO DE SU FACTURA DEBE EN SU TOTALIDAD EN EL MOMENTO DE LIBERAR ESTE ANIMAL**

Nombre De Cliente: _____

Direccion: _____

Calle

Apt/Unidad#

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Numero de Telefono: _____

Otro telefono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del Paciente: _____

Especies: ☐ Perro ☐ Gato ☐ _____Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Edad: _____ Semanas/meses/años

Raza: _____

Color: _____

Para que cirugía 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 cirugía en el pas? _____ ☐ Yes ☐ No5. Alguna vez su mascota ha tenido una reaccion alergica a una vacuna o medicamento? _____ ☐ Yes ☐ No6. Su mascota esta tomando actualmente algun mideocamento? _____ ☐ 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 AÑOS 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 requiera un desposito para la atencion hospitalaria. 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 tomara 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 circunstancia. Entiendo que soy responsable de seguir las instrucciones de recuperacion 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 todos los riesgos. La Clínica Veterinaria Santa Cruz es preceptora 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: (Pero 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 gatos4. \$20.00 ☐ Si ☐ No – Recorte de unas5. \$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 Lyme8. \$45.00 ☐ Si ☐ No – Gato: Prueba FeLV/FIV9. \$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** _____