SANTA CRUZ VETERINARY CLINIC
5408 S. 12th Ave. Tucson, AZ 85706
Phone #: (520) 889-9643
Fax #: (520) 889-9023
www.santacruzpet.com

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: _____
Direcion: _____
Calle Apt/Unidad#
_____
Cuidad Estado Codigo 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 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 ANOS RABIA**

TODOS LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON PULGAS Y/O GARRAPATAS DEBEN SER TRATADOS POR LA CLINICA VETERINARIA SANTA CRUZ A UNA Pago DE $15.00.

Esto es para la seguridad de su mascota y otros pacientes en este hospital.

Soy el propiertario 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 esposible que se requeria un desposito para la antencionhospitalaria. Si la mascota descrita anteriormente esta recibiendo servicios que son pagados por cualquier organización, 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.

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

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

1. **Vacunas: (Pero o Gato)** Rabia ($18) ____ DAPP or PRC ($20) ____ INB or FELV ($40) ____
2. $15.00 ❑Si ❑No – E-Collar (Macho >1 ano Requerido para castraciones)
3. $15-20 ❑Si ❑No – Desparasitación para parásitos intestinales perros y gatos
4. $20.00 ❑Si ❑No – Recorte de unas
5. $25.00 ❑Si ❑No – Microchip con registro.
6. $15-20 ❑Si ❑No – Alivio del dolor postoperatorio para su mascota de 4 meses o más.
7. $40.00 ❑Si ❑No – Perro: Gusano del corazón, fiebre por garrapatas. Y enfermedad de Lyme
8. $40.00 ❑Si ❑No – Gato: Prueba FeLV/FIV
9. $95.00 ❑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_____