

**PASO ROBLES VETERINARY MEDICAL CLINIC**

725 WALNUT DRIVE PASO ROBLES, CA 93446 (805)238-2622 FAX (805)238-3140

NOMBRE DE DUENO: \_\_\_\_\_

CORREO/P.O. BOX: \_\_\_\_\_ DOMICILLO

PHYSICO: \_\_\_\_\_

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

POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEPHONO: CASA:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CELULAR:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ALT:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE EMPLEADOR(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_ FECHA DE VENCIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (PARA DISPENSAR SUSTANCIAS CONTROLADAS)

NOMBRE DE ESPOSO/A: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE EMPLEADOR:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CELULAR:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_ FECHA DE VENCIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DE ESPOSO/A: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTA POLITICAS DE CLÍNICA**

A SOLICITUD, CADA CLIENTE SERÁ PROPORCIONADO UN ESTIMADO PARA LOS SERVICIOS, PARA ASEGURAR UNA COMUNICACIÓN ADECUADA EN CASO DE QUE SE REQUIERA UN CAMBIO EN LOS SERVICIOS, LOS CLIENTES PROPORCIONAN UN NÚMERO DE CONTACTO

QUE SE PUEDE ALCANZAR TODO MOMENTO MIENTRAS SU ANIMAL ESTÉ EN LA CLÍNICA \*\*\*SI EL CLIENTES ES INOCUPABLE EL CLIENTE AUTORIZA A LA CLÍNICA PARA QUE SE REALICE CUALQUIERA EL TRATAMIENTO ES NECESARIO, Y EL CLIENTES ES RESPONSABLE DE CUALQUIER CUOTA ADICIONAL INCURRIDA **INICIALES:** \_\_\_\_\_

**TODOS LOS PAGS POR LOS SERVICIOS PROFESIONALES VETERINARIOS SE DEBEN EN EL MOMENTO DE LA HORA EN QUE LOS SERVICIOS SON RECIBIDOS.** ACEPTAMOS EL PAGO EN EFECTIVO, CHEQUE, TARJETA DE CRÉDITO O CUIDADO DE CRÉDITO. EL INTERÉS SE ACROMETARA EN EL 12% POR ANUNO DE SALDOS NO PAGADOS, Y DESPUÉS DE 90 DÍAS SU CUENTA DELANTERA SERÁ INVÁLIDA A LAS COLECCIONES. Usted acepta reembolsar los cargos de cualquier agencia de cobranza, que puede basarse en un porcentaje de un máximo de 50% de la deuda, y todos los costos y gastos, incluidos los honorarios razonables de abogados, incurrimos en dichos esfuerzos de cobro. **INICIALES:** \_\_\_\_\_

LAS SOLICITUDES DE REEMPLAZO DE RECET AS REQUIEREN UN VISO MÍNIMO DE **24 HOURS** ANTES DE CUANDO SE NECESITA LA PRESCRIPTION: **INICIALES:** \_\_\_\_\_

AUTORIZÓ P.R.V.M.C PARA UTILIZAR IMÁGENES DE MI MASCOTA EN EL SITIO WEB Y TROS MATERIALES EDUCATIVOS/PROMOCIONALES. **CIRCULE: SI NO INICIALES:** \_\_\_\_\_

**REGISTROS MEDICOS:** NINGUNA INFORMACIÓN PARA SUS MASCOTAS SE PUEDE LIBERAR SIN LA AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL PROPIETARIO LEGAL/TUTOR: P.R.V.M.C. ESTÁ AUTORIZADO A SOLICITAR/RECIBIR/LIBERAR REGISTROS A/DE OTRO VETERINARIO (S) CÓMO SE SOLICITE PARA SU CUIDADO Y TRATAMIENTO. TENGA EN CUENTA QUE LAS SOLICITUDES DE REGISTRO PUEDEN TOMAR 24 A 48 HORAS PARA SER PROCESADAS **CIRCULE: SI NO INICIALES:** \_\_\_\_\_

**PASO ROBLES VETERINARY MEDICAL CLINIC**

725 WALNUT DRIVE PASO ROBLES, CA 93446 (805)238-2622 FAX (805)238-3140

TENGA EN CUENTA QUE CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA EL PROPIETARIO LEGAL QUE TRAIGA LA MASCOTA PARA EL TRATAMIENTO DEBE TENER AUTORIZACIÓN ESCRITA DE LOS PROPIETARIOS LEGALES **INICIALES:** \_\_\_\_\_

YO / NOSOTROS HEMOS LEÍDO LO ANTERIOR, ENTIENDO LAS POLÍTICAS Y ACEPTAMOS CUMPLIR CON ELLOS.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_