

DALTON ANIMAL CARE

Gracias por darle la oportunidad a Dalton Animal Care de atender a su mascota(s).

Solamente para DAC: _____

Informacion del cliente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre de su esposa(o): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono de casa: _____ Celular: _____

Nombre de su trabajo: _____ Telefono de su trabajo: _____

Numero de su seguro social: _____ Numero de su licencia: _____

Donde trabaja su esposa(o): _____ Telefono de su trabajo: _____

Nombre de la persona que lo recomendo: _____

Informacion de su mascota(s)

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

Raza: _____ Raza: _____ Raza: _____

Color: _____ Color: _____ Color: _____

Edad: _____ Edad: _____ Edad: _____

Macho o Hembra Macho o Hembra Macho o Hembra

Castrado(a) si o no Castrado(a) si o no Castrado(a) si o no

Que forma de pago usara hoy: efectivo: _____ visa: _____ cheque: _____

Yo autorizo al veterinario de D.A.C. prescribir, tratar, vacunar y hacer los estudios necesarios a mi(s) mascota(s). Aceptamos pagos en: efectivo, Care Credit, Visa, Discover, Mastercard, American Express y cheques. Y me responsabilizo de los cargos que se generen por los servicios prestado en D.A.C. Me comprometo acer el pago al momento de servicio. Nota: Si existen problemas de paga, su cuenta sera mandado a coleccion y los gastos generados se cargan a su cuenta.

Todo procedimiento medio conlleva riesgos, por lo tanto consulte al doctor que lo atiende.

Firma del cliente

Fecha