

ANIMAL EMERGENCY CENTER of LAS VEGAS
3340 E. Patrick Lane – LV, NV - 89120

Informacion de Dueno

Nombre de cliente: _____ **Lic. #** _____
Apellido Nombre or

Conyuge/Otro: _____

Domicilio: _____ número del casa _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Numero Postal: _____

Telefonos: Casa (_____) _____ Celular (_____) _____

Lugar de empleo: _____ Telefono de trabajo (____) _____

Como se dio cuenta de nosotros? Veterinario ()/ A estado aqui antes ()/ Paginas amarillas ()/

Internet ()/ Otro () - escriba su respuesta aqui: _____

Correo Electronico/Email: _____

Favor de Contestar la Siguiete Pregunta

**Si su mascota experiencia paro respiratori o cardiaco, desea usted que CPR sea
desempenado? (\$300-\$600)**

Si ___ No ___ Iniciales _____

Informacion de Paciente

Nombre de Mascota: _____ Raza: _____ Color: _____ Edad: _____

Sexo: **Hembra** Esterilizada Si [] No []

Macho Castrado Si [] No []

Su hospital de veterinario regular? _____ Doctor _____

Alguna enfermedad o cirugia previa? _____

Alguna alergias a vacunas o medicamento que usted sepa? _____

Esta su mascota tomando medicamento o dieta especial? _____

Razon por su visita: _____

Poliza de Pago: El pago es justo al timplepo de servicio. **Iniciales _____ Honorarios para ver
el doctor es \$85.00 & cualquier tratamientos y/o diagnosticos seran adicional.** Formas
aceptables de pago incluiran Efectivo, Care Credit, toda las tarjetas mayores y tarjetas de
ATM/Debit. En el evento que los cargos de la cuenta esten pendientes, su cuenta sera
entregada a una agencia de collecciones. Si esto fuese a ocurrir, el participante responsable sera
considerado por todo cargo incurrido, incluyendo cualquier cargo de colleccion y/o cargos de
corte. **AEC no acepta cheques como forma de pago.**

Yo he leído y entiendo la declaracion

Nombre de Cliente: (Letra de Molde) _____

Firma de Cliente: _____ Fecha: _____