



Marilucy Quiñones, D.V.M., M.S., Lic. #290  
Diplomate American College of Veterinary Surgeons



Alma Alicea Garcés, D.V.M., C.C.R.T., Lic. #397  
Certified Canine Rehabilitation Therapist

### Información del Cliente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del dueño: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_

Teléfono (celular): \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia notificar a: \_\_\_\_\_

al siguiente teléfono: \_\_\_\_\_

Usted ha sido referido por: \_\_\_\_\_

### Información del Paciente

Nombre mascota: \_\_\_\_\_ Especie: Perro \_\_\_ Gato \_\_\_ Otro \_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Esterilizado: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Color: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Veterinario Regular: \_\_\_\_\_

Cirugías previas: \_\_\_\_\_

Enfermedades previas: \_\_\_\_\_

Medicamentos que está tomando: \_\_\_\_\_

Firma del cliente o persona a cargo: \_\_\_\_\_

- Si su animal es hospitalizado, se requiere un depósito de al menos la mitad del estimado para su admisión al hospital.