



Client Registration Form

Welcome to **Value Vet Clinic**. We are very pleased that you have chosen us to care for your pet's medical needs. Please fill out the information below. This information will permit us to start your medical record and it will also give us an opportunity to get to know you and your pet a little better.

Date: _____

OWNER'S INFORMATION

Owner's Full Name: _____ Email: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip code: _____

Home #: _____ Cell #: _____ Work#: _____

What is your preferred method of contact? Email Cell Text Work Home Mail

PET INFORMATION

Pet's Name: _____ Date of Birth: _____ Dog/Cat: _____

Male/Female: _____ Breed: _____ Color: _____

Has your pet ever been seen by a vet? Yes or No If yes, what veterinary facility can we contact to obtain your pet's medical history?

Name of Clinic/Hospital: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip code: _____

Veterinarian's Name: _____ Phone number: _____

Has your pet been spayed or neutered? Yes or No If yes, where was your pet spayed/neutered?

_____ Date of Spay/Neuter: _____

Has your pet been vaccinated? Yes or No If yes, what vaccines and what were the dates the vaccines were administered? Rabies/Date _____ Distemper/Date _____ Other/Date _____

What is the reason for today's visit? _____

Has your pet been tested for heartworm disease? Yes or No If yes, what were the results and date your pet was tested? Positive/Date _____ Negative/Date _____

Will your pet be having its nails cut or ears cleaned today? Ears Nails

Is there anything else we should know about your pet? _____

How did you find out about Value Vet Clinic?

Drove by Internet/Social Media Advertisement

Personal Recommendation (Whom may we thank?) _____

Other: _____



Formulario de Registro de Cliente

Bienvenido a **Value Vet Clinic**. Estamos muy contentos de que nos haya elegido para atender las necesidades médicas de su mascota. Por favor llene la información de abajo. Esta información nos permitirá comenzar su historia clínica y también nos dará la oportunidad de conocerlo a usted y a su mascota un poco mejor.

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO

Nombre del Propietario: _____ Email: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Numero de casa: _____ # de Celular: _____ # de Trabajo: _____

¿Cual es tu método preferido de contacto? Email Celular Texto Trabajo Casa Correo

INFORMACIÓN DEL MASCOTA

Nombre (Mascota): _____ Fecha de nacimiento: _____ Perro/Gato: _____

Masculino/Femenino: _____ Casta: _____ Color: _____

¿Alguna vez tu mascota ha visto un veterinario? Si No En caso afirmativo, a qué centro veterinario podemos contactar para el historial médico de su mascota?

Nombre de la Clínica/Hospital: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del Veterinario: _____ Teléfono: _____

¿Tu mascota ha sido esterilizada o castrada? Si No En caso afirmativo, ¿Dónde fue esterilizada / castrada tu mascota? _____ Fecha de esterilización/castración: _____

¿Tu mascota ha sido vacunada? Si No En caso afirmativo, qué vacunas y cuáles fueron las fechas de administraron? Rabia/Fecha _____ Distemper/Fecha _____ Otro/Fecha _____

Motivo de la visita de hoy: _____

¿Su mascota ha sido examinada por la enfermedad del parásito del corazón? Si No En caso afirmativo, ¿Cuáles fueron los resultados y la fecha de prueba de su mascota?

Positivo / Fecha _____ Negativo / Fecha _____

¿A su mascota le harán cortar las uñas o limpiarse las orejas hoy? Orejas Uñas

¿Hay algo más que deberíamos saber sobre tu mascota? _____

¿Cómo se enteró de Value Vet Clinic?

Conduje por la clínica Folleto Internet/Medios de Comunicación Social

Recomendación personal (¿A quién podemos agradecer?) _____

Otro: _____