

**Riverdale Park Animal Hospital**  
5702 Riverdale Road Riverdale, MD 20737

For Office Use Only:  
Client # \_\_\_\_\_  
Letter Sent? \_\_\_\_\_  
Staff \_\_\_\_\_

*Bienvenido a RPAH!*

Estamos muy contentos de que usted y su (s) mascota (s) se unan a nuestra familia veterinaria. Para poder configurar todo en nuestro sistema, necesitamos un poco de información. El anverso de este documento solicita la información del propietario, mientras que el reverso solicita la mascota.

**Information de Dueño:**

Nombre: (Srta./Sra./Sr.) \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre M.I.

Dirección: \_\_\_\_\_  
Numero de Casa/Edificio Nombre de Calle Numero de Apt

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Telefono Movil: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

\* No vendemos información del cliente. Las direcciones de correo electrónico se utilizan para enviar recordatorios / confirmaciones de servicios y citas. \*

Persona de Contacto Secundario: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestro hospital?

\_\_\_ Un individuo (¿A quién podemos agradecer? \_\_\_\_\_ )

\_\_\_ Señalización exterior \_\_\_ Internet \_\_\_ Otro( Por favor explique: \_\_\_\_\_ )

**Declaración con respecto a las tarifas:** las tarifas vencen en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios. No proporcionamos facturación ni extendemos términos de crédito. En caso de que su mascota requiera hospitalización, se requerirá un depósito del 50% del total estimado al momento de la admisión / devolución.

**Formas de pago:** Aceptamos efectivo, tarjetas de débito, tarjetas de crédito, American Express y CareCredit. No aceptamos cheques.

**\*\* Riverdale Park Animal Hospital no brinda supervisión las 24 horas \*\***

Mi firma a continuación indica que soy mayor de 18 años de edad, he leído y entiendo las declaraciones anteriores.

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

**\*\*\* COMPLETE EL LADO REVERSO \*\*\***

**Information de Mascota:**

	<b>Mascota #1</b>	<b>Mascota #2</b>
<b>Nombre</b>		
<b>Especie</b> (Perro/Gato/Conejo/Etc)		
<b>Raza</b> (Chihuahua/Maincoon/Mini Lop/Etc)		
<b>Género</b>	Macho    Hembra    No Se	Macho    Hembra    No Se
<b>Color(es)</b>		
<b>Neutralizado o esterilizada?</b>	Si    No    No Se	Si    No    No Se
<b>Fecha de nacimiento / edad estimada</b>		

**Si tiene registros médicos, proporciónelos a la recepción o proporcione la información de su oficina veterinaria anterior a continuación.**

Nombre y número del último hospital / veterinario que brindó servicios para su(s) mascota(s):

---

Enfermedades / cirugías / reacciones alérgicas anteriores que haya tenido su mascota: \_\_\_\_\_

Indique el nombre o la marca de los alimentos que alimenta actualmente a su (s) mascota (s):

---