

Información de Cliente

Gracias por darle la oportunidad a Alta Vista Veterinary Clinic por cuidar y atender a su mascota. Por favor de llenar esta forma para poder establecer una relación con usted y poder comunicarnos sobre su mascota. Tiene que tener 18 años para poder llenar esta forma y si necesita ayuda, déjenos saber.

Dueño: _____, _____, _____
(Apellido) (Nombre) (Pro nombre/Género)

Dirreccion: _____
(Numero) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Número de Teléfono: _____ **Numero Alternativo:** _____

Correo Electronico: _____

Numero de Contacto de preferencia para recordatorios:

Cell-Hablar: ____ **Texto:** __, **Numero de Casa** __, **Correo Electrónico** ____.

Dueño Secundario: _____, _____, _____
(Apellido) (Nombre) (Pro Nombre/Género)

Número de Teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____

¿Como Nos Encontró?

Vive Cercas: __, Por Internet: Google __, Yelp __, Website __, Otra __, Referencia Personal __

Nombre de Referencia personal _____

No aceptamos cheques y no hacemos facturaciones. Pagos tendrán ave ser completos al tiempo del servicio. Aceptamos lo siguiente: Dinero efectivó, tarjetas de crédito y Care Credit. Pago dividido es una de nuestras opciones y también por teléfono si el dueño no está presente.

Yo autorizo y entiendo que yo soy responsable por toda las cargas de servicio hacía mi mascota aquí en Alta Vista Veterinary Clinic y que cada servicio que se hace se tiene que pagar completo antes de regresar a la mascota hacía mi. Firmando esta forma usted está aceptando estos términos hacia su cuenta.

Firma: _____ **Fecha:** _____

(Para Empleados solamente. Fecha de verificar información de cliente).
