

Health Questionnaire/ Cuestionario de Salud

Date/ Fecha: _____

Reason for Visit/ Razon de Visita: _____

Pet's Name/ Nombre de Mascota: _____

Client Name/ Nombre de Cliente: _____

Has your pet recently exhibited any of the following/ Ha recientemente su mascota exhibido cualquiera de los siguientes:

	Yes/Si	No	Comment/Comentario
Convulsions/ Convulsiones.....	_____	_____	_____
Constipation/ Estreñimiento.....	_____	_____	_____
Drinking more or less than usual/ Tomando mas o menos de lo usual.....	_____	_____	_____
Urinating more or less than usual/Orinando Mas o menos de lo usual.....	_____	_____	_____
Straining or crying when urinating/Agotar o llanto al orinar.....	_____	_____	_____
Abnormal accidents in the house/Accidentes anormales en la casa.....	_____	_____	_____
Lumps or bumps/Bultos o protuberancias.	_____	_____	_____
Coughing or sneezing/ Tos o estornudo.....	_____	_____	_____
Abnormal breathing/ Respiracion anormal	_____	_____	_____
Bad breath, abnormal teeth or gums/ Mal aliento, dientes o encias anormales.....	_____	_____	_____
Weight loss or gain/Perdida o ganancia de peso	_____	_____	_____
Exercise intolerance/ Intolerancia al ejercicio	_____	_____	_____
Increased or decreased appetite/Aumento o disminucion del apetito	_____	_____	_____
Lameness or limping/Cojera.....	_____	_____	_____
Scratching, licking, rubbing/Rasca, Lame, Frota.....	_____	_____	_____
Scratching ears or shaking ears/Rasca las orejas o sacude la cabeza	_____	_____	_____
Discharge/Descarga.....	_____	_____	_____
Scotting, licking rear end or tail/ Lamiendo la parte trasera o cola.....	_____	_____	_____
Unexplained change in behavior/ Cambio en el comportamiento	_____	_____	_____
Vomiting and/or diarrhea/ Vomitando y o diarrhea.....	_____	_____	_____

Has your pet ever/ Alguna vez su mascota: Yes/Si No **Comment/Comentario**

Had an injury or accident/ Ha tenido una lesion o accidente.....	_____	_____	_____
Had surgery/ Ha tenido cirugia.....	_____	_____	_____
Had prolonged illness/ Ha tenido una enfermedad prolonga.....	_____	_____	_____
Had an allergic reaction to a medication or vaccine/ Tenido una reaccion alérgica a un medicamento o vacuna	_____	_____	_____
On a special diet or medication/ Ha estado en una dieta o medicacion especial	_____	_____	_____

Is your pet currently on or receiving (List brand/type) / Actualmente su mascota esta (Lista marca o tipo):

Prescribed medication/ Medicacion prescrita.....	_____	_____	_____
Flea Control/ Control de pulgas	_____	_____	_____
Heartworm Prevention/ Prevención del parásito del corazón.....	_____	_____	_____
Vitamin supplement/ Suplemento de vitamina.....	_____	_____	_____
Treats/ Golosinas.....	_____	_____	_____
Table scraps/ human food/ Comida humana.....	_____	_____	_____
Microchipped/ Microchip.....	_____	_____	_____

What brand of food do you give?/ Que marca de comida le da? _____

How much?/ Cuanto? _____

Do you feed one or two times a day or leave bowl full?/ Alimenta a una o dos veces al día o deja el plato lleno? _____

Additional concerns, comments, or questions?/ Preocupaciones adicionales, comentarios o preguntas? _____

¿Comida contiene granos? sí — No —