

# Registro de Nuevo Cliente y Mascota

Complete este formulario para registrar su información y la de su mascota antes de la primera visita a la clínica veterinaria.

## Información del Propietario

Datos del dueño de la mascota.

**Nombre completo del propietario \***

**Número de teléfono principal \***

**Número de teléfono secundario**

**Correo electrónico \***

**Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) \***

**Método de contacto preferido \***

- Teléfono  
 Texto  
 Correo

## Información de la Mascota

Detalles de la mascota que será registrada.

**Nombre de la mascota \***

**Especie \***

- Perro
- Gato
- Conejo
- Ave
- Reptil
- Pequeño Mamífero
- Other

**Raza**

**Sexo \***

- Macho
- Hembra
- Macho Castrado
- Hembra Esterilizada
- Desconocido

**Edad de la mascota**

**Color o señales distintivas**

**Número de microchip (si aplica)**

**Información Médica Básica**

Antecedentes médicos relevantes de la mascota.

**¿Tiene su mascota condiciones médicas actuales? \***

- Sí
- No

**Describe las condiciones médicas actuales \***

**¿Su mascota toma medicamentos actualmente? \***

- Sí  
 No

**Liste los medicamentos, dosis y frecuencia \***

**Alergias conocidas (medicamentos, alimentos, vacunas, etc.)**

**Historial de Vacunas**

Información sobre el estado de vacunación de la mascota.

**¿Está su mascota al día con sus vacunas? \***

- Sí  
 No  
 No estoy seguro

**Seleccione las vacunas recibidas (si aplica)**

- Rabia  
 DHPP o DAPP (perros)  
 Leptospirosis  
 Bordetella  
 Influenza Canina

FVRCP (gatos)

FeLV (gatos)

Other

**¿Desea que solicitemos el historial médico a su veterinario previo? \***

Sí

No

**Información del veterinario anterior (nombre, teléfono, clínica)**

### **Comportamiento y Entorno**

Ayúdenos a entender el comportamiento y entorno de su mascota.

**¿Cómo describiría el temperamento de su mascota?**

Amistosa

Tímida

Nerviosa

Agresiva hacia personas

Agresiva hacia animales

Protectora con comida o juguetes

Other

**¿Su mascota ha mordido a una persona o animal anteriormente? \***

Sí

No

**¿Hay algo que debemos saber para manejar a su mascota de manera segura?**

## Información de Emergencia

En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?

**Nombre del contacto de emergencia \***

**Teléfono del contacto de emergencia \***

**Relación con el dueño \***

## Permisos y Políticas

Por favor, lea y acepte las siguientes políticas.

**Autorizo a la clínica veterinaria a examinar y tratar a mi mascota según sea necesario. \***

Autorizo a la clínica veterinaria a examinar y tratar a mi mascota según sea necesario.

**Entiendo que soy responsable de todos los costos de atención veterinaria prestada a mi mascota. \***

Entiendo que soy responsable de todos los costos de atención veterinaria prestada a mi mascota.

**Confirmo que toda la información proporcionada es correcta a mi mejor conocimiento. \***

Confirmo que toda la información proporcionada es correcta a mi mejor conocimiento.

**Autorizo a la clínica a usar fotos de mi mascota para fines internos o redes sociales.**

Autorizo a la clínica a usar fotos de mi mascota para fines internos o redes sociales.

## Firma

Por favor, ingrese su nombre y firma para completar el registro.

**Nombre del propietario (firma) \***

**Firma (escrita o digital) \***

**Fecha \***