



Office Use Only
 Tag # _____
 Paid: _____
 Cash, Check, CC



Email or Mail Receipt (circle one)

Santa Maria Animal Center
 548 W. Foster Road ♦ Santa Maria, CA 93455
 805/934-6119 ♦ FAX 805/934-6326

FORMULARIO DE VACUNA Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Nombre del dueño _____ Fecha _____

Dirección _____ Ciudad _____ Zip _____

Teléfono primario (____) _____ Teléfono secundario (____) _____

Nombre del animal doméstico _____ Perro Gato Edad _____

Veterinario _____ Raza _____ Color _____

Género: Macho o Hembra Castrado/Esterilizado: Sí o No

¿Su animal está enfermo en este momento? Sí o No. Si está enfermo, explique:

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

circule su respuesta

- ¿Su animal ha tenido alguna vez una reacción adversa a una vacuna? SI NO
- ¿Cómo aprendió sobre los servicios de nuestra clínica? Nuestro Local Boca en boca Folleto Otro
- ¿Le interesa saber cómo castrar o esterilizar a su animal? SI NO
- ¿Dónde consiguió su mascota? _____

Vacunas y tratamientos que solicita hoy:

Vacunas para perros: Rabia \$10 DHPP \$14 Bordetella (tos de perrera) \$14

Vacunas para gatos: Rabia \$10 FVRCP \$14

Tratamiento contra pulgas (varían entre \$10.00 y \$19.00) **Gusanos** (varían entre \$9.00 y \$26.00)

Licencia: 1 año esterilizado \$25 6 meses sin- esterilizar **Microchip** (\$30)

Formulario de Consentimiento y Renuncia De Santa Barbara County Animal Services

Doy mi consentimiento y autorizo a Santa Barbara County Animal Services a esterilizar o castrar y / o dar vacunas o proporcionar otro tratamiento a mi mascota (_____). Estos tratamientos, procedimientos u operaciones pueden entrañar riesgos, complicaciones o incluso muerte, de causas imprevistas o conocidas, y no dan ninguna garantía en cuanto al resultado, salvo que se disponga otra cosa. He discutido los posibles riesgos, así como la naturaleza y la finalidad del tratamiento, procedimiento o la operación y he recibido y entendido toda la información que deseo en relación con dichos tratamientos, procedimientos u operaciones.

También entiendo que puede ser necesario proporcionar atención médica de emergencia y en caso de que no pueda ser contactado, autorizo a Santa Barbara County Animal Services a que le presten atención o que hagan arreglos para proporcionarle esa atención. Yo asumo la responsabilidad financiera de todos los cargos incurridos por el cuidado o tratamiento de la mascota en cuestión. Santa Barbara County Animal Services utilizará todas las precauciones razonables contra las lesiones, la fuga o la destrucción de la mascota, sin embargo, Santa Barbara County Animal Services no será responsable más allá de estas precauciones razonables para su atención, tratamiento, o custodia de mi animal. Queda entendido y convenido que asumo todos los riesgos asociados con el cuidado, tratamiento y / o la custodia de mi mascota.

Entiendo que estas vacunas/tratamientos serán administrados sin un examen de salud anterior

HE LEIDO ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE Y ESTOY DE ACUERDO CON SUS DISPOSICIONES.

Firma: _____ Fecha _____

VAX	LABEL	SITE	METHOD	BY
Rabies		Right rear leg		
DHPP		Right front shoulder		
Bordetella		Intranasal		
FVRCP		Right front shoulder		

Flea/Tick Treatment _____ Worming _____ Microchip _____

Comments:

Physical Exam:

H/L: _____
 EENT: _____

 GI: _____
 GU: _____
 INTEG.: _____

 M/S: _____
 DR: _____