



Associated Humane Societies

Sucursal Newark – Unidad Movil
124 Evergreen Avenue, Newark, NJ, 07114
Tel: (973) 824-7080 (Unidad móvil: Ext. 118)
Fax: (973) 824-2720
associatedhumane@aol.com
www.facebook.com/ahsmobile

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ E-mail (opcional): _____

INFORMACIÓN DE LA MASCOTA

Sólo una mascota por papel, por favor

Nombre: _____ Perro Gato Sexo: Macho Hembra
Edad: _____ Raza: _____ Color: _____
¿Está tomando cualquier medicamento? _____
¿Tiene algún problema médico? _____
¿Ha tenido vacunas antes? Inseguro No Sí ¿Si sí, cuándo? _____

QUE GUSTARIA HACER HOY?

- Vacuna contra la Rabia(Can/Fel) Preventivo del gusano del corazón – Heartgard (6 meses/12 meses)
- Vacuna contra el Moquillo(Can/Fel) Prueba del gusano del corazón; Resultados: _____
- Vacuna contra Bordetella (Can) Prueba de Leucemia/SIDA por gatos; Resultados _____
- Vacuna contra Lyme (Can) Vacuna contra la Leucemia (Fel) Expresión de glándulas anal
- Vacuna contra Leptospirosis (Can) Desparasitante: _____ mL Limpieza de los oídos
- Vacuna contra la Influenza (Can) Preventivo de pulgas/garrapatas Corte de uñas
- HomeAgain Microchip Otro: _____

Por la presente autorizo al veterinario para examinar, vacunar, y prescribir medicación para la mascota se ha descrito anteriormente. Asumo la responsabilidad de todos los gastos incurridos en el cuidado de este animal. También entiendo que estos cargos serán pagados a la admisión o en el momento del servicio. No haré responsable de esta organización o veterinario responsable de las reacciones adversas a medicamentos / vacunas que se administran

Firma del Cliente _____ Fecha: _____

Forma de Pago

- Efectivo
- Credito/Debito

Donación

- Efectivo
- Credito/Debito

Firma del Veterinario:

Total: \$ _____ Donación Total: \$ _____

POR FAVOR REGRESE EN: _____