

Registro del Gato



Nombre del dueño _____ apellido _____
Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____ Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____
Correo Electrónico _____

Nombre del Gato _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Sexo? (Círcule) Macho / Hembra ¿Su gato está castrado o esterilizado? (Círcule) SI / NO / DESCONOCIDO
Raza(s) _____ Color(es) _____

¿Su gato ha estado en esta clínica antes? (Círcule) SI / NO
¿Cómo se entero de nuestra clínica? _____
¿De dónde adquirió y cuanto tiempo este gato? _____
¿Cuántos otros gatos/perros tiene usted en casa? _____perros _____gatos _____otros
¿Un gato tiene un veterinario regular? _____ ¿Quién? _____
(Para hembras) ¿Es posible que ella puede estar embarazada? (Círcule) SI / NO
(Para hembras) ¿Fecha de la última en celo? _____
¿Dónde se aloja este gato? (Círcule) INTERIOR / EXTERIOR / AMBOS
¿Su gato tiene un microchip? (Círcule) SI / NO

*** Los gatos deben estar en buen estado de salud para recibir las vacunas; esos gatos con problemas de salud no pueden ser vacunados y deben ser vistos por una clínica veterinaria de servicio completo. Hay un pequeño porcentaje de gatos que tienen una reacción alérgica a las vacunas. Informe el veterinario si su gato ha tenido una reacción alérgica a las vacunas en el pasado. Los síntomas de una reacción pueden incluir hinchazón de la cara, boca o los párpados, orejas hinchadas y/o tallándose la cara. ***

¿Piensa usted que su gato esta saludable? (Círcule) SI / NO
Tos / Estornudos / Vómitos / Diarrea / Otras _____
Por favor explique: _____
Fecha aproximada de las últimas vacunas: _____
¿Su gato ha tenido una reacción a las vacunas, medicamentos o una picadura de insecto con aguijón?
(Círcule) SI / NO En caso afirmativo describa: _____
¿Su gato ha tenido una convulsión? (Círcule) SI / NO
En caso afirmativo describa: _____
Fecha de la prueba del FeLV/FIV: _____ Resultado:(Círcule) NEGATIVO / POSITIVO / DESCONOCIDO
¿Esta su perro actualmente tomando cualquier otro medicamento (medicamentos, alergia a los antibióticos)?
(Círcule) SI / NO En caso afirmativo describa: _____

Entiendo que las vacunas pueden causar reacciones adversas en algunos animales. Por el presente libero a la Sociedad Protectora de Animales de Indianápolis, los veterinarios, auxiliares de veterinaria, y de todos sus funcionarios, directores, empleados y miembros de su personal de cualquier y todas las reclamaciones que surjan de, o relacionados con, dando estas vacunas.

*** Yo entiendo que estarán sujetos a una tarifa de animal intacto de \$10 si mi animal tiene más de 16 semanas o 4 meses de edad y no está esterilizado o castrado en el momento de los servicios prestados. Esta tarifa entrará en una cuenta para el costo de la programación de una cirugía de esterilización/castración con Indy Protección de Animales. Esta tarifa de \$10 expirará después de un año. ***

Firma del Cliente

Fecha

Uso de los Empleados

Nombre del Gato _____

Peso _____ libras.
(Pesado en la Clínica)

Vacunas de gatito: Primera Visita: Segunda Visita: (3-4 semanas después de la primera visita)
3 en 1 Vacuna \$15.00 _____ 3 en 1 Vacuna \$15.00 _____

Gatos y Gatitos: Visita Anual:

Vacunas anuales para gatos de interior Rabia, 3 en 1 Vacuna \$30.00 _____
Vacunas anuales para gatos al aire libre Rabia, 3 en 1 Vacuna, Leucemia Felina \$40.00 _____

Rabia	\$15.00 _____	(3 meses+. Vacunación requerida por el estado de Indiana)
3 en 1 Vacuna	\$15.00 _____	(Felina Rhinotracheitis Viral, Calicivirus, y Panleukopenia)
Leucemia Felina	\$15.00 _____	(Recomendado para los gatos que pasan algún tiempo al aire libre o pueden interactuar con gatos con una historia desconocida.)
Needs booster? Y / N		

Prueba de Leucemia Felina/Virus de Inmunodeficiencia Felina \$20.00 _____
(***Recomendado para los nuevos gatos o gatos con historia desconocida. ***)

Prueba Fecal – pruebas de parásitos intestinales. Basic: \$15.00 _____ Exhaustivo: \$25.00 _____

Desparasitante - Recomendado para gatos con historia desconocida, gatitos menores de 4 meses o gatos que presentan con gusanos en las heces.

Strongid (pyrantel pamoate) - Ancylostoma \$10.00 _____ (cc _____)
Drontal Plus - Anquilostoma, lombrices intestinales, tricocéfalos, y la solitaria \$15.00 _____ (#tabs _____)

Control de Pulgas y Garrapatas

Revolution Dosis Única \$15.00 _____
Revolution Gatito/Cachorro (3 meses) \$40.00 _____
Revolution Gato Adulto (3 meses) \$43.00 _____
Capstar (mata las pulgas adultas) \$6.00 _____

Microchip

24 Pet Watch Microchip \$10.00 _____
Home Again Microchip \$20.00 _____

**24 Pet Watch cobra una tarifa cada uno vez que actualice su información de contacto. **

**Home Again actualizaciones son gratis. **

Gato Portador \$4.00 _____

(___ Cuota Intacto) (___ Folleto de esterilizar/castrar) (___ Rehuso prueba de FeLV/FIV) (___ Rehuso VAX)
(___ Pulgas) (___ Folleto de Dientes) (___ Folleto del Oído) (___ Folleto de Sobre peso) (___ Folleto del Alergia)

Nota: Los servicios no están sujetos a impuestos, pero por los productos se cobrará 7 % de IVA.

NOTAS:
