

# Registro del perro



Nombre del dueño: \_\_\_\_\_ apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del perro: \_\_\_\_\_ Raza(s): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Macho / Hembra Color(es): \_\_\_\_\_

¿Este perro está esterilizado? SI / NO / DESCONOCIDO ¿Cuánto tiempo lleva este perro? \_\_\_\_\_

**\*\*\* ¿Este perro necesita un bozal para las vacunas o otros procedimientos? \*\*\***

**SI / NO / DESCONOCIDO**

¿Este perro ha estado en esta clínica antes? SI / NO: ¿Cómo se entero de nuestra clínica? \_\_\_\_\_

¿Este perro tiene un microchip? SI / NO / DESCONOCIDO: Microchip #: \_\_\_\_\_

¿Este perro parece sano? SI / NO / DESCONOCIDO: tos / estornudos / vómitos / diarrea

Otras: \_\_\_\_\_

¿Este perro ha tenido una reacción a las vacunas, medicamentos o una picadura de insecto con aguijón?

SI / NO / DESCONOCIDO: En caso afirmativo describa: \_\_\_\_\_

Fecha de las últimas vacunas (si se sabe): \_\_\_\_\_

¿Este perro está tomando prevención del parásito del corazón? SI / NO / DESCONOCIDO

¿Este perro tomando cualquier otro medicamento (alergia, antibiótico, otro)? SI / NO / DESCONOCIDO

En caso afirmativo describa: \_\_\_\_\_

(Hembras) ¿Fecha de la última en celo? \_\_\_\_\_ ¿Es posible que embarazada? SI / NO / DESCONOCIDO

\*\*\* Las mascotas deben gozar de buena salud para recibir vacunas; las mascotas con problemas de salud pueden ser referidas a otro lugar. Los animales embarazados no deberían recibir vacunas. Un pequeño porcentaje de mascotas que tendrá una reacción alérgica a las vacunas, incluyendo una cara hinchada, orejas, hocico, párpados y/o frotarse la cara. [Informe al veterinario si su mascota está embarazada o si tuvo alguna reacción a las vacunas.](#) Por la presente, libero a la Humane Society of Indianapolis, los veterinarios, los asistentes veterinarios y todos sus miembros del personal de todos los reclamos que surjan o estén relacionados con la administración de estas vacunas. \*\*\*

\*\*\* Hay una tarifa de examen de \$ 10 si su animal tiene más de 16 semanas de edad y no está esterilizado/castrado al momento de los servicios. Esta tarifa se puede utilizar para una cirugía de esterilización/castración en IndyHumane Animal Welfare Center durante un año. \*\*\*

\_\_\_\_\_  
*Firma del cliente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

# USO DE LOS EMPLEADOS

Animal #: \_\_\_\_\_

Weight: \_\_\_\_\_ lbs.

**DUE:**

- \_\_\_\_\_ Rabies (\$15 \_\_\_\_\_) 1Y / 3Y
- \_\_\_\_\_ DA2PPV (\$15 \_\_\_\_\_) 1M / 1Y
- \_\_\_\_\_ Bordetella (\$15 \_\_\_\_\_)
- \_\_\_\_\_ Lepto (\$15 \_\_\_\_\_) 1M / 1Y
- \_\_\_\_\_ Influenza (\$15 \_\_\_\_\_) 1M / 1Y
- \_\_\_\_\_ Lyme (\$25 \_\_\_\_\_) 1M / 1Y

**VACCINE STICKERS**

**Testing:**

\_\_\_\_\_ Heartworm Test (\$20 \_\_\_\_\_)

**Microchipping:**

(HomeAgain \$20 \_\_\_\_\_)

(24PetWatch \$15 \_\_\_\_\_)

**Heartworm Preventative:**

- Heartgard Puppy Pack \_\_\_\_\_ (Nexgard \_\_\_\_\_) (Frontline \_\_\_\_\_)
- Heartgard Plus 00-25lbs (1 for \$10 \_\_\_\_\_) (6 for \$30 \_\_\_\_\_) (12 for \$60 \_\_\_\_\_)
- Heartgard Plus 26-50lbs (1 for \$10 \_\_\_\_\_) (6 for \$35 \_\_\_\_\_) (12 for \$70 \_\_\_\_\_)
- Heartgard Plus 51-100lbs (1 for \$10 \_\_\_\_\_) (6 for \$40 \_\_\_\_\_) (12 for \$80 \_\_\_\_\_)

**Fecal Exams:**

- Basic Fecal Exam (T805) (\$20 \_\_\_\_\_)
- Fecal Exam + Giardia (T808) (\$30 \_\_\_\_\_)

**Dewormer:**

- Strongid (pyrantel) (\$10 \_\_\_\_\_) (dose \_\_\_\_\_)
- Drontal/Virbantel (\$20 \_\_\_\_\_) (tabs \_\_\_\_\_)

**Flea and Tick Control:**

- Capstar (\$8 \_\_\_\_\_)
- Seresto Collar (\$55 \_\_\_\_\_)
- Frontline Gold (1 for \$15 \_\_\_\_\_) (3 for \$45 \_\_\_\_\_) (6 for \$90 \_\_\_\_\_) (12 for \$180 \_\_\_\_\_)
- Revolution <5lbs (1 for \$15 \_\_\_\_\_) (3 for \$45 \_\_\_\_\_) (6 for \$90 \_\_\_\_\_) (12 for \$180 \_\_\_\_\_)
- Nexgard Chewable (1 for \$20 \_\_\_\_\_) (3 for \$50 \_\_\_\_\_) (6 for \$100 \_\_\_\_\_) (12 for \$200 \_\_\_\_\_)

**Exam Notes:**

- (\_\_ Exam Fee)
- (\_\_ Intact)
- (\_\_ Cryptorchid)
- (\_\_ Declined HWT)
- (\_\_ Declined Vax)
- (\_\_ Allergies)
- (\_\_ Dental Soon)
- (\_\_ Ear Infection)
- (\_\_ Fleas Found)
- (\_\_ Overweight)

# USO DE LOS EMPLEADOS