

Registro del Gato



Nombre del dueño: _____ apellido: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del gato: _____ Raza(s): _____

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

¿Este gato está esterilizado? SI / NO / DESCONOCIDO ¿Cuánto tiempo lleva este gato? _____

¿Este gato ha estado en esta clínica antes? SI / NO: ¿Cómo se entero de nuestra clínica? _____

¿Este gato tiene un microchip? SI / NO / DESCONOCIDO: Microchip #: _____

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

Otras: _____

¿Este gato 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 gato esta tomando prevención del parásito del corazón? SI / NO / DESCONOCIDO

¿Este gato 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 #: _____ Name: _____ Weight: _____ lbs.

Due Dates:

_____ Rabies (\$15 _____) 1Y / 3Y
_____ FVRCP (\$15 _____) 1M / 1Y
_____ FeLV (\$15 _____) 1M / 1Y

VACCINE STICKERS

Testing:

_____ FIV/FeLV Combo Test (\$20 _____)

Microchipping:

24PetWatch (\$15 _____)

Fecal Exams:

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

Dewormer:

Strongid (pyrantel) (\$10 _____) (dose _____)
Drontal/Virbantel (\$15 _____) (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 Kitten (1 for \$15 _____) (3 for \$45 _____) (6 for \$90 _____) (12 for \$180 _____)
Revolution Cat (1 for \$20 _____) (3 for \$50 _____) (6 for \$100 _____) (12 for \$200 _____)

Carriers:

Cardboard Cat Carrier (\$5 _____)

Exam Notes:

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

USO DE LOS EMPLEADOS