

Nombre del Dueño:		Numero de Telefono:	Email:
Direccion:		Ciudad/Estado/Codigo Postal:	
Nombre del Perro:			
Tamaño de Pelo <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Largo		Edad Aproximada: <input type="checkbox"/> Perrito <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Adulto	
Sexo: Clase de Perro: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> No Seguro		Tamaño del Perro: <input type="checkbox"/> Chico Mediano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Xtra Grande	
Color(es)		Raza	
<b>Informacion de Salud</b>			
Veterinario Regular _____ Cuanto tiempo con la mascota? _____			
Ha tenido Buena salud su mascota en las ultimas 2 semanas? _____ Su mascota esta bajo algun medicamento? _____ Ha tenido convulsiones?? _____ Esta en selo? _____ Esta embarazada? _____			
<b>Servicios Practicados (Favor de pagar al inicio)</b>			
Su mascota va a sobrepasar una cirugia. Nuestro objetivo en SpaySA es minimisar el dolor de su mascota que es asociado con la cirugia. Su mascota recibira medicamento para el dolor durante la cirugia y nada mas durara 24 horas. La compra de medicacion postvigente es recomendada para que su mascota no sienta dolor despues de la cirugia. (Iniciales: _____)			
<b>Servicios Practicados (Favor de pagar al inicio)</b>			
<input type="checkbox"/> Esterilizacion \$ _____ <input type="checkbox"/> Rabia \$10 <input type="checkbox"/> DHLPPC \$12 <input type="checkbox"/> Medicacion p/ dolor \$10		<input type="checkbox"/> Microchip \$25 <input type="checkbox"/> Prueba de gusano de Corazón \$15 <input type="checkbox"/> E-Collar- Cuello Isabelino \$5 Donaciones: _____ Total Due at Check-In: _____	
<b>Renuncia de Cirugia</b>			
Yo la persona responsable, he pedido o requerido cirugia para esterelizacion en el Centro de Recursos de Animales dba SpaySA.			
<input type="checkbox"/> Yo he entendido los riesgos que se corren durante la anesthesia y cirugia. Yo entiendo que los gatos no han sido evaluados antes de la anesthesia y acepto los riesgos de cualquier complicacion que se presente o se complique la recuperacion o aun la vida del gato/perro.			
<input type="checkbox"/> Yo me comprometo a no poner cargos o indemnizacion encontra del Centro de Animales dba SpaySA, sus representantes, sus voluntarios y sus empleados por la muerte, heridas o daños causados afuera o adentro de los servicios requeridos.			
<input type="checkbox"/> Me comprometo a recoger el gato/perro despues de la cirugia como se ha indicado. Yo entiendo que si no recojo al gato/perro, el animal sera declarado como abandonado y va a ser transferido al Centro de Animales.			
<input type="checkbox"/> Yo declaro que el gato/perro no ha mordido a nadie en los 10 ultimos dias. Yo entiendo que si el gato/perro que yo presente muerde a alguien cuando este bajo nuestro cuidado tenemos que reporter la mordida al Centro de Animales(ACS), y el gato/perro sera transferido al Centro y estara en cuarentena			
<input type="checkbox"/> Yo entiendo que si mi mascota daña o remueve los puntos despues de la cirugia el cargo sera de \$25.00 por volverlo a hacer.			
<b>Entiendo Completamente y estoy de acuerdo con lo leido:</b>			
Firma _____		Fecha _____	