



Nuestra misión es practicar la más alta calidad de la medicina veterinaria, mostrando empatía y compasión por los pacientes y clientes mientras sobresalía en el servicio al cliente y la educación del cliente.

-Terri Parrott. DVM & Jamie Nenezian Dvm - CoPropietarios

Cliente - Registro de Pacientes (Registro de Pacientes)

Información del propietario

Nombre: _____

Teléfono celular: _____

Dirección: _____

Teléfono alternativo: _____

Ciudad/Estado/Zip: _____

Correo electrónico: _____

Autorizo a la siguiente persona a tomar decisiones médicas sobre mi mascota y tener acceso a los registros.

Nombre: _____

Teléfono celular: _____

Con mucho gusto aceptamos los siguientes tipos de pagos:

Visa - MasterCard – Discover - AMEX - Efectivo - Crédito de cuidado - Scratch Pay

(NO SE ACEPTARÁN CHECKS)

Información del paciente

Nombre del paciente: _____

Raza: _____ Color: _____ Sexo: _____

Directiva de reanimación cardiopulmonar (RCP)

En caso de emergencia, mientras que aquí para una cita que requiere RCP, autorizo la siguiente Directiva de RCP para mi mascota.

_____ **Sí**, Autorizo que se realice RCP que puede incluir pero no se limita a la intubación endotraqueal, ventilación manual, administración de medicamentos de emergencia, y / o compresiones torácicas. Los costos adicionales están asociados con la RCP y que reconozco que seré responsable de todos los costos que incurrirán.

_____ **No**, declino la RCP y que no se intente reanimar a mi mascota.

*Hospital Veterinario le gustaría que compartiémos registros médicos con: _____

Lanzamiento de grabación:

_____ **Sí**, le autorizo a divulgar los registros médicos de mi mascota a cualquier establecimiento profesional, como otros hospitales veterinarios, clínicas, grupos de adopciones de mascotas y compañías de seguros de mascotas sin fecha de vencimiento para divulgar esta información.

¡Por favor, haz de mi mascota una estrella! _____ **Sí**, autorizo fotografías/vídeos de mis mascotas por el personal del Hospital Veterinario de St. Charles (SCVH) con el propósito de publicar en Facebook, el sitio web de SCVH y otros usos para la educación y promoción profesional.

No gracias, mi mascota es tímida _____

Términos y condiciones: Entiendo que estoy entrando en una asociación con st. Charles Veterinary Hospital y su equipo con el objetivo de proporcionar una excelente atención veterinaria para mi mascota. Como el propietario/agente legítimo de la mascota anterior, autorizo al equipo médico veterinario del Hospital Veterinario de St. Charles a examinar, prescribir y tratar a mi mascota. Asumo toda la responsabilidad por los cargos incurridos asociados con estos servicios. Se proporcionará un plan de tratamiento y una estimación financiera para los servicios recomendados para todas las mascotas hospitalizadas y quirúrgicas y bajo petición en cualquier momento. Entiendo que todos los cargos deben ser pagados cuando se prestan los servicios y / o antes de la hospitalización o procedimientos quirúrgicos. **Como exige la ley, reconozco que para mantener una relación válida con el cliente veterinario, mi mascota deberá realizar un examen por uno de nuestros veterinarios cada 12 meses, así como las vacunas necesarias que requiera la ley.**

_____ **Aceptación de las comunicaciones honestas con el equipo del Hospital Veterinario de St. Charles entras me comunico de manera positiva y ateo y que muy tengo 18 años de edad o más.**

Nos esforzamos por proporcionar la más alta calidad de la medicina veterinaria a cada paciente, así como comunicarnos a nuestros clientes de una manera compasiva y empática. Sin embargo, las cosas suceden, y si su experiencia es siempre menos que maravilloso, por favor pida hablar con uno de nuestros gerentes que pueden ayudar a aliviar la preocupación y hacer que las experiencias futuras mejor.

Le valoramos a usted y a su familia y estamos emocionados de que se una a nuestra familia aquí en st. Charles Veterinary Hospital. ¡Bienvenidos a nuestra familia!

Fecha de firma del cliente

*****Por favor, solo complete la parte siguiente de este formulario si un miembro del equipo lo solicita. *****

TRATAMIENTO DE ESTABILIZACIÓN DE EMERGENCIA

Si su mascota es evaluada y se encuentra en estado crítico, será necesario tratamiento tomar tratamiento y minutos medicamentos. Por favor, **inicialice** a continuación su elección con respecto a iniciar el tratamiento de estabilización inmediata.

_____ **Sí**, Autorizo el inicio del tratamiento de estabilización de emergencia y entiendo que un pago de **\$500** se tomará inmediatamente y que los costos adicionales se producirán. _____ **Sí**, autorizo RCP _____ **No**, rechazo la RCP

_____ **No**, declino el inicio de la estabilización médica de emergencia y/o RCP.

Propietario/Agente:

SCVH Testigo: