



NOMBRE DEL DUENO DE MASCOTA: \_\_\_\_\_

DIRRECCION DE CASA: \_\_\_\_\_

CUIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MASCOTA: \_\_\_\_\_

CIRCULE: VARON HEMBRA  
ESTERILIZADO/ESTERILIZADA? SI / NO

RAZA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ ANOS/MESES

COLOR: \_\_\_\_\_

PESO DE MASCOTA: \_\_\_\_\_

SERVICIOS SOLICITADOS (CIRCULE LOS SERVICIOS QUE GUSTARIA PARA SU MASCOTA):

**Vacuna de la Rabia: \$10 Vacuna DAPP (para perro): \$10 Vacuna Bordatella (para perro): \$12**

**Implante de microchip \$20 Vacuna FVRCCP (para gato) \$10**

Yo, (dueño, o persona/o autorizada), certifico que tengo 18 años y autorizo a Spay Memphis, a través de los veterinarios y asistentes autorizados que ellos vacunen y / o implanten un microchip a mi mascota.

Entiendo plenamente que no se está realizando un examen físico y certifico, según mi entendimiento que mi mascota está sana. Entiendo que si hay alguna inquietud o problema con dicha mascota, se debe mencionar antes de las vacunas o y implante de microchip.

Por lo presente libero a Spay Memphis, a los veterinarios, asistentes, la junta, los voluntarios y todos sus empleados de cualquier reclamo que surja relacionado a este procedimiento.

Acepto que no tengo, ni reclamaré ningún derecho a compensación de Spay Memphis, o cualquier individuo asociado, ni presentaré ninguna acción por este procedimiento.

También doy mi consentimiento para que mi mascota sea fotografiada y / o grabada en video con fines de publicidad clínica. He leído y entiendo esta autorización y consentimiento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**- FOR CLINIC USE ONLY -**

Vaccine Stickers (Staff Initial \_\_\_\_\_)

Microchip Sticker (Staff Initial \_\_\_\_\_)