



Label Goes Here

Employee Name:

Date:

Arrival Time:

Para poder servile mejor, por favor complete la siguiente informacion:

| | |
|---|--|
| Dueno (Nombre, Inicial, Apellido) | Nombre de la mascota: |
| Direccion | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M/Castrado <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> F/esterilizada |
| Codigo postal: Ciudad: Estado: | Fecha de nacimiento (Si no la sabe indicar la edad) Especie <input type="checkbox"/> Canino <input type="checkbox"/> Felino |
| Correo electronico del dueno(E-mail): | Raza: Color: |
| # telefono celular: comunicarse conmigo a este # <input type="checkbox"/> 1ro <input type="checkbox"/> 2ndo <input type="checkbox"/> 3ro | Nombre de la clinica veterinaria regular: |
| # telefono de la casa comunicarse conmigo a este # <input type="checkbox"/> 1ro <input type="checkbox"/> 2ndo <input type="checkbox"/> 3ro | Nombre del Veterinario regular: |
| # telefono del trabajo: comunicarse conmigo a este # <input type="checkbox"/> 1ro <input type="checkbox"/> 2ndo <input type="checkbox"/> 3ro | Nombre del co-dueno: # de telefono del co-dueno: |

Solo para grupos de rescate de animales

relacion del abajo firmante al grupo:

Nombre del Dueno/fundador (si no listado arriba)

Informacion de contacto del Dueno/fundador para propositos de facturacion:

telefono:

correo electronico:

Estoy autorizado a tomar decisiones de parte del grupo de rescate antes mencionado: Si No

He leído , entendido y de acuerdo con la informacion anterior

Firma del dueno

Fecha



2626 VAN BUREN AVE, NORRISTOWN, PA 19403



610.666.1050



610.666.1199



METRO-VET.COM





Políticas financieras y regulaciones hospitalarias

1. La venta de todos los medicamentos y productos/comida recetada es final. Para cumplir con las leyes de PA y las guías de manejo de medicamentos, ninguno de los productos de farmacia se pueden devolver. Esta política es necesaria para proteger su mascota de productos/medicamentos que hayan sido alterados, almacenados/ usado incorrectamente.

Por lo tanto, entiendo que tengo el derecho de preguntar por el precio, fecha de expiración, tiempo de uso, etc antes de llevar medicamentos fuera del hospital y solicitar una receta por escrito para llevar conmigo o que sea enviada a la farmacia de mi preferencia (humana, online o al hospital veterinario local) para ser procesada.

2. Entiendo que para que mi mascota sea admitida al hospital se me ofreciera un estimado de los servicios y/o procedimientos veterinarios que serán proveídos y que puedo discutir todos los cargos relacionados a dicho cuidado antes de que los servicios y/o procedimientos sean llevados a cabo o durante el tratamiento de mi mascota. Entiendo que es un estimado y que este puede fluctuar aproximadamente +/- 15%, en caso de que el estimado exceda el 15%, será contactado.

Se requiere un depósito del 50% del estimado más alto al momento de la mascota ser admitido al hospital, el mismo debe ser mantenido durante la hospitalización de la mascota de ser requerido estimados adicionales.

3. Entiendo que se requiere el saldo total al momento de mi mascota ser dada de alta del hospital. Las formas de pago que se aceptan son efectivo, cheque, y la mayoría de las tarjetas de crédito. Asistencia financiera está disponible a través de Credit Care (www.carecredit.com) y ScratchPay (www.scratchpay.com). Estas pueden ser discutidas más en detalle con cualquiera de las representantes de servicio al cliente de interés solicitar alguna de estas opciones.
4. Entiendo que por ley está prohibido que Metropolitan Veterinary Associates (MVA) provea información a personas que no están autorizadas en la cuenta de la mascota. He actualizado la cuenta para incluir todos los dueños de mi mascota. Además entiendo que MVA solo puede ofrecer informes diarios a una sola persona durante la hospitalización para mantener continuidad en la comunicación y cuidado y por lo tanto una sola persona deberá ser la persona contacto.
5. Entiendo que consentimientos para tratar y normas, al igual que cualquier estimado debe ser firmado para que mi mascota pueda recibir tratamiento inicial y continuo. Luego de ser admitido puede ser necesario que se requiera mi firma de manera electrónica para documentos adicionales. Será notificado si/cuando esto ocurra y entiendo que cualquier atraso en firmar dichos documentos puede atrasar el tratamiento o cirugía de mi mascota.

Por la presente autorizo a los veterinarios de Metropolitan Veterinary Associates & Emergency Services a examinar, tratar y recetar medicamentos a mi mascota. Acepto asumir total responsabilidad económica (financiera) de todos los cargos incurridos en el cuidado de mi mascota. Además entiendo que soy responsable de servicios y/o productos no pagados que fueron llevados a cabo durante el examen físico inicial u hospitalización al momento de ser dado de alta.

Firma

Fecha



Este hospital es un ambiente sanador

Nosotros entendemos que estos son tiempos difíciles y que tener una mascota herida o enferma es particularmente difícil.

Nuestro personal está trabajando fuertemente, bajo condiciones difíciles de una pandemia. Ellos están 100 % comprometidos, a pesar del riesgo personal, de estar aquí para **SU** mascota, y sirviéndole a usted con cortesía, compasión y respeto por lo tanto esperamos que sean tratados de la misma manera para poder atender las necesidades de su mascota.

MVA tiene **CERO** tolerancia a comportamiento poco profesional, grosero, vocabulario o comportamiento agresivo esto incluye no seguir instrucciones o recomendaciones para la seguridad de todos. Por respeto a nuestros pacientes, personal y clientes, cualquier incidente puede resultar en rechazar tratar su mascota y expulsión de nuestras facilidades. De ser pertinente, la gerencia del hospital apoyará a nuestro personal en presentar cargos a las autoridades.

METROPOLITAN VETERINARY ASSOCIATES

