

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: | | |
| Sexo:  □ M □ M/Castrado | □ F | □ F/esterilizada |
| Direccion | | | |
| Fecha de nacimiento (Si no la sabe indicar la edad ) | | |
| Especie  □ Canino □ Felino | | |
| Codigo postal: Ciudad: Estado: | | | |
| Raza: |  | Color: |
| Correo electronico del dueno(E-mail): | | | | Nombre de la clinica veterinaria regular: | | |
| # telefono celular:  comunicarse conmigo a este # | □1ro | □2ndo | □3ro | Nombre del Veterinario regular: | | |
| # telefono de la casa  comunicarse conmigo a este # | □1ro | □2ndo | □3ro | Nombre del co-dueno: | | |
| # telefono del trabajo:  comunicarse conmigo a este # | □1ro | □2ndo | □3ro | # 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 leido , entendido y de acuerdo con la informacion anterior**

**Firma del dueno Fecha**





**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 guias de manejo de medicamentos, ninguno de los productos de farmacia se pueden devolver. Esta politica 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 expiracion, 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.

1. Entiendo que para que mi mascota sea admitida al hospital se me ofrecera un estimado de los servicios y/o procedimientos veterinarios que seran proveidos 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%, sere contactado.

*Se requiere un deposito del 50% del estimado mas alto al momento de la mascota ser admitido al hospital, el mismo debe ser mantenido durante la hospitalizacion de la mascota de ser requerido estimados adicionales.*

1. Entiendo que se require 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 mayoria de las tarjetas de credito. Asistencia financiera esta disponible atraves de Credit Care ( [www.carecredit.com)](http://www.carecredit.com/) y ScratchPay [(www.scratchpay.com](http://www.scratchpay.com/)). Estas pueden ser discutida mas en detalle con cualquiera de la las representantes de servicio al cliente de interesar solicitar alguna de estas opciones.
2. Entiendo que por ley esta prohibido que Metropolitan Veterinary Associates (MVA) provea informacion a personas que no estan autorizadas en la cuenta de la mascota. He actualizado la cuenta para incluir todos los duenos de mi mascota. Ademas entiendo que MVA solo puede ofrecer informes diarios a una sola persona durante la hospitalizacion para mantener continuidad en la comunicacion y cuidado y por lo tanto una sola persona debera ser la persona contacto.
3. 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 adimitido puede ser necesario que se requiera mi firma de manera electronica para documentos adicionales. Sere notificado si/cuando esto ocurra y entiendo que cualquier atraso en firmar dichos documentos puede atrasar el tratamiento o cirugia 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 economica (financiera) de todos los cargos incurridos en el cuidado de mi mascota. Ademas entiendo que soy responsible de servicios y/o productos no pagados que fueron llevado a cabo durante el examen fisico inicial u hospitalizacion al momento de ser dado de alta.

Firma Fecha



**Este hospital es un ambiente sanador**

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

Nuestro personal esta trabajando fuertemente, bajo condiciones dificiles de una pandemia. Ellos estan 100 % comprometidos, a pesar del riesgo personal, de estar aqui para SU mascota, y sirviendole a usted con cortesia, compasion y respeto por lo tanto esperamos que sean tratados de la misma manera para poder atender las nesecidades 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. Par respeto a nuestros pacientes, personal y clientes, cualquier incidente puede resultar en rechazar tratar su mascota y expulsion de nuestras facilidades. De ser pertinente, la gerencia del hospital apoyara a nuestro personal en presentar cargos a las autoridades.

**METROPOLITAN VETERINARY ASSOCIATES**

.::.