



PLAZA BLVD PET HOSPITAL

2415 E Plaza Blvd National City, CA 91950
619) 267-8200 Fax 619) 267-7357



CLIENT INFORMATION/ INFORMACION DEL CLIENTE

OWNER'S LAST NAME/APELLIDO _____ FIRST NAME/NOMBRE _____

SPOUSE LAST NAME/APELLIDO DEL CONYUGUE _____ FIRST NAME/NOMBRE _____

ADDRESS/DIRECCION _____ CITY/CIUDAD _____ STATE/ESTADO _____ ZIP CODE/CODIGO POSTAL _____

E-MAIL ADDRESS/CORREO ELECTRONICO (For reminders, newsletter, etc./ Para recordatorios, boletines, etc)

PRIMARY PHONE #/ # DE TELEFONO PRINCIPAL _____ HOME/CASA CELL/CELULAR WORK/TRABAJO _____
CIRCLE ONE/ CIRCULE UNO:

SECONDARY PHONE #/ # DE TELEFONO SECUNDARIO _____ HOME/CASA CELL/CELULAR WORK/TRABAJO _____
CIRCLE ONE/ CIRCULE UNO:

Preferred way of notification/ Modo de notificacion deseado _____
Email Text/Texto Phone Call/ Via Telefonica

PET INFORMATION/ INFORMACION DE LA MASCOTA

1. NAME/NOMBRE _____ SPECIES/ESPECIE _____
BREED/RAZA _____ SEX/SEXO _____ FIXED/CASTRADO (A) _____
DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO _____ COLOR/COLOR _____

2. NAME/NOMBRE _____ SPECIES/ESPECIE _____
BREED/RAZA _____ SEX/SEXO _____ FIXED/CASTRADO (A) _____
DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO _____ COLOR/COLOR _____



**PAYMENT IS DUE AT TIME OF SERVICE, WE DO NOT HAVE ANY FORM OF PAYMENT PLAN.
WE DO NOT ACCEPT CHECKS.
EL PAGO SE REALIZA AL MOMENTO DEL SERVICIO, NO CONTAMOS CON PLANES DE PAGO.
NO ACCEPTAMOS CHEQUES**

WE ACCEPT THE FOLLOWING METHODS OF PAYMENT/ ACCEPTAMOS ESTAS FORMAS DE PAGO
AMERICAN EXPRESS MASTER CARD VISA DISCOVER CASH/EFFECTIVO CARE CREDIT CITI BANK

PLEASE READ AND SIGN/ POR FAVOR LEA Y FIRME

I understand that annual examinations are strongly recommended for all pets for early detection of problems, discussion of vaccine protocols and needs/hazards, and other recommendations. I also certify that I am at least 18 years old and I am the owner or lawful caretaker of these and other pets presented to PLAZA BLVD PET HOSPITAL for any and all medical care.

Entiendo que exámenes físicos anuales son altamente recomendados para todas las mascotas, para la detección temprana de problemas, discusión de protocolos de vacunación y necesidades/peligros y otras recomendaciones. También certifico que tengo al menos 18 años de edad y que soy el propietario o cuidador legal de este y otras mascotas presentadas a PLAZA BLVD PET HOSPITAL para cualquier y todo tipo de cuidado médico.

Owner's Signature / Firma del Propietario

Date/ Fecha