



Katy Pet Wellness Solutions

Patient Drop Off & Additional Services

Paciente Que se Quedaran en Nuestro Clinica y Otros Servicios Adicionales.

Date/Fecha: ____/____/2017

Fill all the required information. Llene toda la información requerida.

Owner's Name/Nombre del Dueño _____ Pet's Name/Nombre del Mascota: _____

Home Address (No P.O.Box allowed-CAN NOT take Pet in)/Dirección de Casa (No P.O.Box Permitido-Su mascota NO PASARA adentro): _____

City /Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Código Postal: _____

Drop-Off Dates/Dias que se quedaran: _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____

We will need to be able to contact you or someone with permission to make medical and financial decisions. Who will we be speaking with? Necesitaremos de contactarnos con usted o alguien que tenga permiso para hacer decisiones de tratamientos medico y financiera. Con quien estaremos hablando?

Name/Nombre _____ Phone/Teléfono _____

When did your pet last eat? La última vez que su mascota comió? **Date/Fecha:** _____ **Time/Hora:** _____

Has your pet ever had or currently have any health problems? Alguna vez su mascota a tenido o tiene actualmente algún problema de salud? YES/SI NO/NO **If yes, please explain/** Por Favor explique si eligió que si, _____

Has your pet ever had an adverse reaction to any procedure? Alguna vez su mascota a tenido una reacción adversa de un procedimiento? YES/SI NO/NO

If yes, please explain/ Por Favor explique si eligió que si, _____

Is your pet ever in pain after vaccines or other procedures? Alguna vez su mascota a tenido dolor después de tener vacunas o otro procedimiento? YES/SI NO/NO

If yes, please explain/ Por Favor explique si eligió que si, _____

Is your pet up to date on vaccines? Esta su mascota al día con sus vacunas?

YES/SI _____ **If yes, please provide records.** Si esta al día, por favor proporcione los registros.

NO/NO _____ **If not, we can vaccinate your pet today. We are not responsible for pets getting sick while on our facility if the pet is not fully vaccinated.** Si no, nosotros podemos vacunarlos hoy aquí. No somos responsables si su mascota llega a enfermarse en nuestra facilidad si es que su mascota no está completamente vacunados.

Is your pet on flea prevention? Esta su mascota tomando preventivos para las pulgas? YES/SI NO/NO

Is your pet on heartworm prevention? Su mascota esta tomando preventivos para parásitos del corazón? YES/SI NO/NO

Is your pet taking any medication(s)? Esta su mascota está tomando medicamentos? YES/SI NO/NO

If yes, which one(s)? Si eligió si, cuales medicamentos está tomando? _____

Anesthetic and Surgery Consent Form for Your Pet

The safety & comfort are our number one concern here at Katy Pet Wellness Solutions. Before your pet has surgery today, it will be examined for any problems that could interfere with anesthesia & will be monitored after surgery to help ensure that your pet has a safe, wonderful recovery. We are happy to report that our patients do very well and we expect all to go smoothly. We highly advise you to have your pet fully vaccinated at time of surgery or be vaccinated upon arrival to avoid any injections that may be contracted during the hospital visit.

Formulario de Consentimiento Anestésico y para Cirugía

La seguridad y comodidad es nuestro numero uno preocupación aquí en Katy Pet Wellness Solutions. Antes de que su mascota tenga hoy la cirugía, va a estar examinado para cualquier problema que pueda interferir con la anestesia y va a ser monitoreado después de la cirugía para estar asegurado que su mascota tenga un maravilloso recuperación. Estamos felices de reportar que nuestros pacientes hacen muy bien y que todo vaya suavemente. Les aconsejamos que su mascota este completamente vacunado antes del día de la cirugía o que este vacunado a la llegada para evitar inyecciones contratado durante la visita del hospital.

You must put your initials next to each statement once you have read them. If declining we CAN NOT take your pet in.

Debe de poner sus iniciales al lado de cada frase cuando lo haya leído. Si está disminuyendo, NO PODEMOS llevar a su mascota adentro.

X A flea control product will be administered to pets with live fleas. This makes your pet more comfortable and protects our hospital from possible flea infestation. When given, a charge will be added to your balance: \$15-\$56

Un producto de control de pulgas será administrado para los mascotas que tenga pulgas vivas. Esto hace que sus mascotas estén muy cómodo y protegerá nuestro hospital de una posible infestación de pulgas. Cuando este producto es administrado, un cargo se añadirá en su cuenta: \$15-\$56

X Pregnant/In-Heat - If your female pet is pregnant or in-heat there will be an extra charge of:

Pregnant Fee for Dogs and Cats: \$75 Dog in Heat: \$68.75 Cat in Heat: \$37.50

Embarazada/En-Celo- Si su mascota hembra esta embarazada o en celo, habrá un cargo adicional de:

Cargo Extra si su Mascota esta Embarazada para Perra o Gata: \$75 Perra En Celo: \$68.75 Extra Gata en Celo: \$37.50

X Heartworm Test will be done on pets that are not up to date and have no proof of being on heartworm prevention.

When done, a charge will be added to your balance: \$10

Una Prueba del parásito del corazón se hará para las mascotas que no están al día y que no tienen prueba de estar en la prevención del parásito del corazón. Cuando se hace la prueba, habrá un cargo adicional de \$10

X Heartworm Positive Patients. If positive results and you wish to proceed with surgery an intravenous catheter will be placed in a vein and your pet will be given Dexamethasone injection to prevent cardiovascular shock during surgery. An extra charge of \$25 will be added to your balance.

Pacientes influjo positivo del parásito del corazón. Si los resultados dieron positivo y usted desea continuar con la cirugía un catéter intravenoso será colocado en una vena y se le dará una inyección de Dexamethasone para evitar descargas cardiovascular durante la cirugía. Un cargo se añadirá en su cuenta de \$25.

For all patients, pre-surgical blood cell count and chemistry is necessary, our minds will be at ease by seeing that all is well prior to surgery. In the case that problems are detected following such blood analysis, it may be necessary to postpone or change the planned procedure until a medical problem is resolved. Please let us know if you have questions.

Para todos los pacientes, un examen de recuento de glóbulos y química es necesario, nuestras mentes estarán a gusto de al ver que todo esta bien antes de la cirugía. En el caso de que un problema se detecta después de dicho análisis de sangre, puede ser necesario posponer o cambiar el procedimiento previsto hasta que un problema médico se resuelve. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta.

CHECK THE SERVICES TO BE PERFORMED TODAY. MARQUE LOS SERVICIOS PARA LLEVAR CABO HOY.

- Vaccinations/ Vacunas: Reactions to vaccines? Yes No
Heartworm Test/ Prueba del Parásito del corazón: \$10
Heartworm Prevention: Ask details
Microchip Identification/ Identificación del Microchip: \$29.99
Nail Trim/Recorte de uñas: \$15
Anal Gland Expression/ Expresión de la Glándula Anal: \$17
Ear Cleaning/Limpieza del oído: \$15-\$100
Simple Ear Cleaning/Limpieza del oído: \$18.75
Ear Flushing/Enrojecimiento del oído: \$37.50
Ear Packing/Empacar los oídos: \$37.50
Ear Hair Removal/Depilación del oído: \$18.75
BCP Ointment/BCP Ungüento-Antibiotico: \$35
Flea/Tick Prevention: Ask details
Felv/FIV Test/Prueba de Felv/FIV \$52.50
Fecal Float Test/ Prueba de flotación fecal: \$28.75
Spay/Esterelización
Neuter/ Castración
Dental Prophylaxis/ Profilaxis Dental
Other Surgical Procedure Otros procedimientos de cirugía.
Illness Exam/ Examen de Enfermedad: \$45

I hereby authorize and direct Katy Pet Wellness Solutions to perform the procedure(s) noted above and to administer anesthetics or other drugs as deemed advisable for my pet. I understand the nature of the procedures and the relative risks involved, I authorize Katy Pet Wellness Solutions to provide any appropriate care should an unexpected complication arise.

Por la presente, yo autorizo y ordeno a Katy Pet Wellness Solutions para realizar el procedimiento indicado anteriormente arriba y para administrar anestésicos y de otras drogas que se consideren convenientes para mi mascota. Yo entiendo la naturaleza de los procedimientos y los riesgos relativos involucro, yo autorizo Katy Pet Wellness Solutions para proveer y proporcionar la atención adecuada debe a una complicación inesperada.

Authorization to Provide Care (Read the Clipboard to Read the Authorization to Provide Care)

I, I am the owner or authorized agent of the pet listed above, hereby authorize and direct the Veterinarian or assistants of Katy Pet Wellness Solutions to perform the services described above and all other procedures, diagnostic, treatment and/or administration of extra label medications within accepted veterinary guidelines as deemed advisable and/or necessary for my pet. 2.1 Authorized Katy Pet Wellness Solutions to obtain all medical records regarding my pet hospital where my pet has previously been examined or treated to release all medical records regarding my pet to any other hospital and to Medical Management International, Inc. its subsidiaries, parents, and affiliates. 3. Although Katy Pet Wellness Solutions will take every reasonable action to ensure the success of my pet's procedure(s), I understand that there is a risk of complication with every procedure, including the possibility of death as a severe complication of surgery, anesthesia, or other procedure(s). I also understand that there is no guarantee as to the results of any procedures, diagnostics, vaccinations or treatments. I understand that I may ask any questions that I have regarding any procedure, diagnostic, vaccination or treatment recommended by the Katy Pet Wellness Solutions veterinarian. 4. The nature and risks(s) of any procedure(s), including surgery and anesthesia if applicable, have been or will be explained to me or I will see that they are explained to me, and any questions I may have are answered, before I leave my pet or allow treatment. I understand that Katy Pet Wellness Solutions is not liable for any of these actions. I understand that Katy Pet Wellness Solutions staff may not be present in the hospital overnight and that portions of my visit may be recorded for educational purposes. I understand that there is no guarantee nor can be made as to the results or cure of any therapy. 5. I understand that the veterinarian of Katy Pet Wellness Solutions recommends certain vaccinations and other preventative care for my pet, but that other person may have different opinions about vaccinations and other preventive care than myself and discuss my questions with my Katy Pet Wellness Solutions Veterinarian. If I neglect to pick up my pet within 7 days of the above date, Katy Pet Wellness Solutions is to assume that the pet has been abandoned and Katy Pet Wellness Solutions is hereby authorized to make other arrangements for the pet as Katy Pet Wellness Solutions may deem best in the event of an emergency, or as determined by the veterinarian, it may be necessary for my pet to be taken to an emergency hospital or outside the clinic. I authorized Katy Pet Wellness Solutions to walk, or transport my pet outside of the hospital and provide treatment by the emergency hospital to stabilize my pet. I understand that Katy Pet Wellness Solutions will take reasonable precautions to ensure the safety of my pet while in their care. 6. I agree to pay, in full, for services rendered. I understand that payment is due at the time services are rendered. If for any reason payment is not made at the time services are rendered or within 10 days thereafter, I understand that my account may be referred to a collection agency. In the event that my account is referred to a collection agency, I agree that Katy Pet Wellness Solutions may add an amount to my outstanding account balance to reimburse Katy Pet Wellness Solutions for the reasonable collection charge (but not including attorney's fee) imposed by the collection agency.

Autorización Para Proveer Ayuda (Lea el Portapapeles para Leer la Autorización para Proveer Ayuda)

I, yo soy el dueño o agente autorizado de la mascota inscrita arriba, autorizo y dirijo la Veterinaria o asistente de Katy Pet Wellness Solutions para llevar a cabo los servicios arriba y todos los procedimientos de etiqueta adicional entre la dirección de la veterinaria(s) aceptada como considerado yo necesario para mi mascota. 2. Yo autorizo Katy Pet Wellness Solutions de obtener todos los registros con respecto al hospital anterior donde mi mascota a sido examinada o tratado por tratamiento por cualquier procedimiento, diagnóstico o tratamiento recomendado por la Katy Pet Wellness Solutions veterinaria, inc. sus subsidiarias, padres, y afiliados. 3. Aunque Katy Pet Wellness Solutions tomará cada acción razonable para asegurar el éxito del (los) procedimiento(s), yo entiendo que no es un riesgo de complicación graves de operaciones, anestesia, y otros procedimientos, diagnósticos, vacunas, o tratamientos. Entiendo que puedo hacer preguntas a cargo de los procedimientos, vacunas, diagnósticos, o tratamientos recomendados por la Katy Pet Wellness Solutions veterinaria. 4. La naturaleza y el riesgo(s) de cada procedimiento, incluyendo operaciones y anestesia si aplicable, me han sido, son explicados o yo me aseguro que me lo explicaron, y cada pregunta que tengo será contestada antes de dejar mi mascota o que empiezo tratamiento. Yo entiendo que Katy Pet Wellness Solutions no es responsable por cualquiera de estas acciones. Entiendo que Katy Pet Wellness Solutions staff puede no estar presente en el hospital durante la noche y parte de mis visitas serán grabadas para fines educativos. Entiendo que no hay garantía ni se puede hacer como el resultado o de cualquier terapia. 5. Yo entiendo que la veterinaria de Katy Pet Wellness Solutions recomienda ciertas vacunas y otros cuidados preventivos para mi mascota, pero que otra persona podría tener opiniones diferentes acerca de vacunas y otros cuidados preventivos que yo y discutir mis preguntas a la Katy Pet Wellness Solutions veterinaria. Si niego de recoger mi mascota en 7 días de la fecha arriba, Katy Pet Wellness Solutions es a suponer que es abandonado y Katy Pet Wellness Solutions es autorizado para hacer arreglos para la mascota de bajo el nombre Katy Pet Wellness Solutions considerado la mejor en el evento de alguna emergencia, o como determinado por la veterinaria, será necesario que mi mascota tendrá de ser llevada a la emergencia y fuera de la clínica y proveer tratamiento por medio de la emergencia para estabilizar a mi mascota. Entiendo que Katy Pet Wellness Solutions tomará precauciones razonables para asegurar la seguridad de mi mascota mientras es en su cuidado. 6. Estoy de acuerdo de pagar en total por los servicios proveer. Entiendo que el pago es debido al tiempo del servicio o entre 10 días después, entiendo que mi cuenta se hacer referido a la agencia de colección, estoy de acuerdo que Katy Pet Wellness Solutions podrá aumentar a mi balance para reembolsar a Katy Pet Wellness Solutions por los cargos razonables. (Pero no incluyendo el fee de abogado) impuesto por la agencia de colección.

X SIGNATURE OF OWNER/RESPONSIBLE AGENT FIRMA DEL DUEÑO (A)/AGENTE RESPONSIBLE DATE/FECHA