



Katy Pet Wellness Solutions

ENGLISH

Today's Date: ___/___/2017 Appt Time: _____ Walk-In Time: _____

Provide a Driver's License/ID and Social Security Card to Receptionist.

-----Must be 18yrs or older to give Authorization-----

◆Owner's Full Name _____ Home Phone _____ Cell Phone _____

Spouse's Full Name _____ Cell Phone _____

Home Address (No P.O Box Accepted) _____ City _____ State _____ Zip Code _____

E-Mail - (This will be used to send medical records or any other information when needed) _____

Contact Method? Voice Message Text E-Mail How did you hear about us? _____

Has this Pet bitten anyone or has been bitten by another animal in the past 10 Days? _____.

◆Pet's Name _____ Breed _____ Color _____

Species: Canine Feline D.O.B/Age: _____ Gender: Male Neutered Female Spayed

OFFICE USE ONLY---DVM: _____ VET TECH: _____

<input type="checkbox"/> Vaccinations _____ Vaccine reactions? YES NO	<input type="checkbox"/> Pre-Surgical Exam	<input type="checkbox"/> Fecal Float Test \$28.75	<input type="checkbox"/> Anal Gland Expression \$17
<input type="checkbox"/> Illness Exam : _____	<input type="checkbox"/> Dental Exam	<input type="checkbox"/> Nail Trim \$15	<input type="checkbox"/> Flea Preventions
_____	<input type="checkbox"/> Heartworm Test \$10	<input type="checkbox"/> Ear Cleaning	<input type="checkbox"/> Heartworm Preventions
_____	<input type="checkbox"/> FeLV/FIV Test \$52.20	<input type="checkbox"/> Microchip \$29.99	<input type="checkbox"/> Other: _____

S:	O:		
	<i>Wt:</i>	<i>Heart.R:</i>	<i>CRT:</i>
	<i>T:</i>	<i>Resp.R:</i>	<i>BCS: /9</i>
A:	P:		

Authorization to Provide Care (READ CLIPBOARD TO READ THE AUTHORIZATION TO PROVIDE CARE)

1. 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. I 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 affiliated. 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 veterinarians. 4. The nature and risk(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 will leave my pet or allow treatment. I understand that Katy Pet Wellness Solutions is not reliable 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.

Signature: _____ **Date:** _____



Katy Pet Wellness Solutions

SPANISH

Fecha de Hoy: ____/____/2017 Cita: _____ Hora de Entrada: _____

Provee Licencia de Conducir/ID y tarjeta de Seguro Social.

-----Debe tener 18 años de edad o más para dar Autorización.-----

◆Nombre Del Dueño(a) _____ Teléfono De Casa _____ Celular _____

Nombre De su Pareja _____ Celular _____

Dirección De Casa (El P.O. Box no es aceptado) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electrónico (Es utilizado para enviar registros médicos o otra información cuando sea necesario) _____

Método del Contacto? Correo De Voz Texto Correo Electrónico ¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Este Mascota ha mordido o ha sido mordido por otro animal en los últimos 10 Días? _____.

◆Nombre de su Mascota _____ Raza _____ Color _____

Especie: Canino Felino Edad: _____ Género: Masculino Castrado Femenina Esterilizada

USO DE OFICINA---DVM: _____ VET TECH: _____

<input type="checkbox"/> Vacunas _____ Reacciones a la Vacuna? SÍ ___ NO ___	<input type="checkbox"/> Examen de Pre-Cirugía	<input type="checkbox"/> Prueba de Flotación Fecal \$28.75	<input type="checkbox"/> Expresión de la Glándula Anal \$17
<input type="checkbox"/> Examen de Enfermedad	<input type="checkbox"/> Examen Dental	<input type="checkbox"/> Recorte de Uñas \$15	<input type="checkbox"/> Preventativos (Pulgas)
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Prueba del Parásito del Corazón \$10	<input type="checkbox"/> Limpieza del Oído	<input type="checkbox"/> Preventativos (Parásitos Del Corazon)
	<input type="checkbox"/> Prueba de FeLV/FIV \$52.50	<input type="checkbox"/> Microchip \$29.99	

S:	O:
	Wt: _____ Heart.R: _____ CRT: _____
	T: _____ Resp.R: _____ BCS: _____ /9
A:	P:

Autorización Para Proveer Ayuda (LEA EL PORTAPAPELES PARA LEER LA AUTORIZACIÓN PARA PROVEER AYUDA)

1. Yo soy el dueño/a agente autorizada de la mascota inscrita arriba, autorizo y dirijo la Veterinario/ o asistente de Katy Pet Wellness Solutions para llevar a cabo los servicios escritos arriba y todos los procedimientos de etiqueta adicional entre la dirección de la veterinaria/ o aceptada como considerado y/o necesario para mi mascota. 2. Yo autorizo Katy Pet Wellness Solutions de obtener todos los recordatorios con respecto al hospital anterior donde mi mascota a acido examinado/ pasado por tratamiento para soltar recordatorios médicos con respecto a mi mascota a cualquier hospital y a Medical Management International, inc. sus subsidiarios, padres, y asociado. 3. Aunque Katy Pet Wellness Solutions tomara cada acción razonable para asegurar el éxito del/ los procedimientos (s), yo entiendo que ay un riesgo de complicaciones graves de operaciones, anestesia, y otros procedimientos, diagnósticos, vacunas, o tratamientos. Entiendo que puedo hacer preguntas a cuerdo de los procedimientos, vacunas, diagnósticos, o tratamientos recomendado 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 acido, van hacer explicadas o yo me aseguro que me lo expliquen, y cada pregunta que tenga será contestada antes de dejar mi mascota o que empiecen tratamiento. Yo entiendo que Katy Pet Wellness Solutions staff no estará presente en el hospital durante la noche y parte de mis citas serán notadas con el objetivo educativo. Entiendo que no hay garantía ni se puede hacer como el resultado o cura de cualquier terapia. 5. Yo entiendo la veterinaria de Katy Pet Wellness Solutions recomienda cierta vacunas y otros cuidados preventivos para mi mascota, pero otras personas podrán tener opiniones diferentes acuerdo 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 dias de la fecha arriba, Katy Pet Wellness Solutions es a suponer que a acido abandonado(o) y Katy Pet Wellness Solutions es autorizado para hacer arreglos para la mascota de bajo el nombre Katy Pet Wellness Solutions considerado lo mejor en el evento de alguna emergencia, o como determinado por la veterinaria, será necesario que mi mascota tendrá de ser llevada/ o a la emergencia o fuera de la clínica y proveer tratamiento por medio de la emergencia para estabilizar a mi mascota. Entiendo que Katy Pet Wellness Solutions tomara precauciones razonables para asegurar la seguridad de mi mascota mientras en su cuidado. 6. Estoy de acuerdo de pagar en total por los servicios proveos. Entiendo que el pago es debido al tiempo del servicio o entre 10 dias después, entiendo que mi cuenta va 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, (Pee no incluyendo el fee de abogado) impuesto por la agencia de colección.

Firma: _____ **Fecha:** _____