



## Patient Information Form

Nombre del Dueño: \_\_\_\_\_ Nombre de su Mascota: \_\_\_\_\_

1. Cuanto tiene usted con su macota? \_\_\_\_\_
2. Dentro de las dos semanas pasadas, ha mostrado su mascota cualquier de lo siguientes?  
\_\_\_Estornudo \_\_\_Tosiendo \_\_\_Vómitos \_\_\_Diarrea \_\_\_Descarga de ojos o nariz \_\_\_NA
3. Dentro de las dos semanas pasadas, usted es consciente de algún cambio en su mascota?  
\_\_\_ Nivel de Actividad \_\_\_Apetito \_\_\_Consumo de Agua \_\_\_Peso \_\_\_Orina \_\_\_ NA
4. Dentro de las dos semanas pasadas, a expuesto a su mascota otro síntoma que le parece fuera de lo normal?  
\_\_\_Si \_\_\_No Si la respuesta es “si”, por favor de explicar: \_\_\_\_\_
5. Ha tenido alguna vez su mascota un asimiento? \_\_\_Si \_\_\_No Si la respuesta es “si”, por favor explique: \_\_\_\_\_
6. Sabe usted si su mascota tiene historia de lo siguiente? (por favor compruebe todo que aplica)  
\_\_\_Problemas de la salud (artritis, problemas de corazón) \_\_\_ Enfermedad (Parvo, Distemper)  
\_\_\_Herida (Golpeado por un coche, Atacado por otro animal) \_\_\_ Ningunos problemas conocidos  
Por favor de explicar: \_\_\_\_\_
7. Tiene su mascota algún tumor, perdida de pelo o otros problemas de piel? \_\_\_Si \_\_\_ No  
Si la respuesta es “si”, por favor de explicar: \_\_\_\_\_
8. Ha tenido su mascota alguna cirugía en el pasado? \_\_\_Si \_\_\_No  
Si la respuesta es “si”, por favor de explicar: \_\_\_\_\_
9. Tiene su mascota alguna reacción conocida a vacunaciones, medicinas, o medicaciones? \_\_\_Si \_\_\_No  
Si la respuesta es “si”, por favor de explicar: \_\_\_\_\_
10. Por favor de notar cualquier medicación que su mascota a tomado en el mes pasado y la razón (por favor incluya el preventivo por gusanos del corazón y cualquier suplementos, por ejemplo: glucosamina): \_\_\_NA  
\_\_\_\_\_
11. Si su mascota es femenino, cuando era su último ciclo de calor? \_\_\_\_\_
12. Ha dado a luz su mascota dentro de los seis meses pasados? \_\_\_Si \_\_\_No
13. En los diez días pasados, a sido tratado su animal para pulgas o hace tictac o sarna (pendiente, spray o polvo)? \_\_\_Si \_\_\_ No Si la respuesta es “si”, que producto fue utilizado? \_\_\_\_\_
14. Cuando fue la última prueba de gusano del corazón realizada? \_\_\_\_\_
15. Hay algo no cubierto en este cuestionario que usted quiere que el personal médico sepa sobre su mascota?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha