

Registro de Nuevo Paciente Mascota

Registro completo de nuevo paciente para clínicas veterinarias con historial médico completo e historial de vacunación

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Información de la Mascota

Nombre de la Mascota *

Especie *

- ☐ Perro ☐ Gato ☐ Ave
☐ Conejo ☐ Reptil ☐ Otro

Raza *

Color/Marcas

Fecha de Nacimiento (o aproximada) *

DD / MM / AAAA

Sexo *

- ☐ Macho (Entero) ☐ Macho (Castrado) ☐ Hembra (Entera)
☐ Hembra (Esterilizada)

Peso Actual (lbs) *

¿Tu mascota tiene microchip?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Número de Microchip (si se conoce)

Historial de la Mascota

¿De dónde obtuviste tu mascota?

- ☐ Criador ☐ Refugio/Rescate ☐ Tienda de Mascotas
☐ Amigo/Familia ☐ Encontrado/Callejero ☐ Otro

Veterinario/Clínica Anterior

Teléfono Veterinario Anterior

¿Podemos solicitar registros médicos a tu veterinario anterior?

- ☐ Sí ☐ No

Historial de Vacunación

¿La vacuna contra la rabia está al día? *

- ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de Última Vacunación contra la Rabia

DD / MM / AAAA

¿Las vacunas principales están al día? (DHPP para perros, FVRCP para gatos) *

- ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

¿La vacuna Bordetella (tos de las perreras) está al día? (perros)

- ☐ Sí ☐ No ☐ N/A — Gato

¿Tu mascota está en prevención de filariosis? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tu mascota está en prevención de pulgas/garrapatas? *

- ☐ Sí ☐ No

Historial Médico

¿A tu mascota se le ha diagnosticado alguna de las siguientes condiciones?

- | | |
|---|---|
| ☐ Alergias (alimentos, ambientales o dermatológicas) | ☐ Artritis/Problemas articulares |
| ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Enfermedad renal |
| ☐ Enfermedad hepática | ☐ Diabetes |
| ☐ Convulsiones/Epilepsia | ☐ Cáncer |
| ☐ Trastorno de la tiroides | ☐ Ninguna de las anteriores |

Por favor, proporciona detalles para cualquier condición anterior

Medicamentos y Suplementos Actuales

Alergias Conocidas (medicamentos, alimentos)

Cirugías Previas u Hospitalizaciones

Dieta Actual/Marca de Alimento

Información de Comportamiento

¿Tu mascota ha mordido o intentado morder a una persona o animal? *

☐ Sí ☐ No

Si es sí, por favor describe

¿Tu mascota experimenta ansiedad en el veterinario?

☐ No — tranquilo ☐ Leve — nervioso pero manejable
☐ Moderado — puede necesitar contención suave ☐ Severo — puede necesitar sedación

Seguro para Mascotas

¿Tu mascota tiene seguro?

☐ Sí ☐ No

Proveedor de Seguros

Número de Póliza

Consentimiento y Firma

Certifico que la información anterior es precisa y completa. Autorizo al equipo veterinario a proporcionar atención médica a mi mascota. Aceptaré mantener los registros de vacunación actualizados e informar a la clínica de cualquier cambio en la salud de mi mascota.

Confirmo que he leído y comprendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y comprendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.