

Registro de Novo Paciente Animal de Estimação

Registro abrangente de novo paciente para clínicas veterinárias com histórico médico completo e histórico de vacinação

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de E-mail *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Informações do Animal de Estimação

Nome do Animal de Estimação *

Espécie *

- ☐ Cão ☐ Gato ☐ Ave
☐ Coelho ☐ Réptil ☐ Outro

Raça *

Cor/Marcas

Data de Nascimento (ou aproximada) *

DD / MM / AAAA

Sexo *

- ☐ Macho (Inteiro) ☐ Macho (Castrado) ☐ Fêmea (Inteira)
☐ Fêmea (Esterilizada)

Peso Atual (lbs) *

Seu animal de estimação tem microchip?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhecido

Número do Microchip (se conhecido)

Histórico do Animal de Estimação

De onde você obteve seu animal de estimação?

- ☐ Criador ☐ Abrigo/Resgate ☐ Loja de Animais
☐ Amigo/Família ☐ Encontrado/Vadio ☐ Outro

Veterinário/Clínica Anterior

Telefone do Veterinário Anterior

Podemos solicitar registros médicos ao seu veterinário anterior?

- ☐ Sim ☐ Não

Histórico de Vacinação

A vacinação contra raiva está em dia? *

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhecido

Data da Última Vacinação contra Raiva

DD / MM / AAAA

As vacinas essenciais estão em dia? (DHPP para cães, FVRCP para gatos) *

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhecido

A vacinação Bordetella (tosse do canil) está em dia? (cães)

- ☐ Sim ☐ Não ☐ N/A — Gato

Seu animal de estimação está em prevenção de verme do coração? *

- ☐ Sim ☐ Não

Seu animal de estimação está em prevenção de pulgas/carrapatos? *

- ☐ Sim ☐ Não

Histórico Médico

Seu animal de estimação foi diagnosticado com alguma das seguintes condições?

- | | |
|---|--|
| ☐ Alergias (alimentos, ambientais ou pele) | ☐ Artrite / Problemas articulares |
| ☐ Doença cardíaca | ☐ Doença renal |
| ☐ Doença hepática | ☐ Diabetes |
| ☐ Convulsões / Epilepsia | ☐ Câncer |
| ☐ Transtorno da tireóide | ☐ Nenhuma das anteriores |

Por favor, forneça detalhes para qualquer condição acima

Medicamentos e Suplementos Atuais

Alergias Conhecidas (medicamentos, alimentos)

Cirurgias ou Hospitalizações Anteriores

Dieta Atual / Marca de Alimento

Informações de Comportamento

Seu animal de estimação já mordeu ou tentou morder uma pessoa ou outro animal? *

☐ Sim ☐ Não

Se sim, por favor descreva

Seu animal de estimação experimenta ansiedade no veterinário?

☐ Não — calmo ☐ Leve — nervoso mas controlável
☐ Moderado — pode precisar de restrição suave ☐ Grave — pode precisar de sedação

Seguro do Animal de Estimação

Seu animal de estimação tem seguro?

☐ Sim ☐ Não

Fornecedor de Seguro

Número da Apólice

Consentimento e Assinatura

Certifico que as informações acima são precisas e completas. Autorizo a equipe veterinária a fornecer cuidados médicos ao meu animal de estimação. Concordo em manter os registros de vacinação atualizados e em informar a clínica sobre qualquer alteração na saúde do meu animal de estimação.

Confirmo que li e compreendi as informações acima e dou meu consentimento informado.

Li e compreendi as informações acima: _____

Assinatura

Data

Nome completo

Data *

DD / MM / AAAA

Este formulário foi fornecido gratuitamente pela Consentify

O Consentify transforma formulários como este em consentimento digital que seus clientes assinam em seus próprios telefones por código QR — com PDFs automáticos, sinalizadores de contraindicações e armazenamento criptografado. Plano gratuito disponível em <https://getconsentify.com>.

Apenas um modelo. Revise com seu próprio profissional licenciado ou assessor jurídico antes de usar; os requisitos variam de acordo com a jurisdição e a prática.