



**OFFICE USE ONLY**

( ) 65 years + verified

PID#: \_\_\_\_\_

PLEASE PRINT CLEARLY *(\*must be filled out)*

Owner's Name\*: \_\_\_\_\_ Spouse/Partner: \_\_\_\_\_

Home Phone\*: ( ) \_\_\_\_\_ Alternate Phone: ( ) \_\_\_\_\_

Home Address\*: \_\_\_\_\_

City State Zip Code

Driver's License\*: \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_

*(State ID or Military ID)*

PET 1 - PLEASE COMPLETE		PET 2 - PLEASE COMPLETE		PET 3 - PLEASE COMPLETE		PET 4 - PLEASE COMPLETE	
DOG / CAT	MALE / FEMALE	DOG / CAT	MALE / FEMALE	DOG / CAT	MALE / FEMALE	DOG / CAT	MALE / FEMALE
NAME		NAME		NAME		NAME	
BREED(S)		BREED(S)		BREED(S)		BREED(S)	
COLOR(S)		COLOR(S)		COLOR(S)		COLOR(S)	
AGE or DOB		AGE or DOB		AGE or DOB		AGE or DOB	
IS THIS PET FIXED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IS THIS PET FIXED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IS THIS PET FIXED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IS THIS PET FIXED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
HAS THIS PET EVER HAD A REACTION TO A VACCINE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		HAS THIS PET EVER HAD A REACTION TO A VACCINE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		HAS THIS PET EVER HAD A REACTION TO A VACCINE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		HAS THIS PET EVER HAD A REACTION TO A VACCINE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
<b>OFFICE USE ONLY BELOW THIS LINE</b>		<b>OFFICE USE ONLY BELOW THIS LINE</b>		<b>OFFICE USE ONLY BELOW THIS LINE</b>		<b>OFFICE USE ONLY BELOW THIS LINE</b>	
AID#:		AID#:		AID#:		AID#:	
MICROCHIP#		MICROCHIP#		MICROCHIP#		MICROCHIP#	
<i>D D3 B R1 R3 F F3</i>		<i>D D3 B R1 R3 F F3</i>		<i>D D3 B R1 R3 F F3</i>		<i>D D3 B R1 R3 F F3</i>	

**PLEASE READ THE FOLLOWING TERMS AND CONDITIONS:**

I GIVE PERMISSION TO VACCINATE/INOCULATE MY PET(S) AND I UNDERSTAND THAT A VACCINE REACTION IS RARE, BUT POSSIBLE. SHOULD MY PET(S) BECOME ILL DUE TO VACCINATIONS, I WILL NOT HOLD THE SACRAMENTO S.P.C.A. RESPONSIBLE. **IF MY PET(S) HAVE AN ADVERSE REACTION, I AM RESPONSIBLE FOR SEEKING IMMEDIATE MEDICAL TREATMENT THROUGH A VETERINARY HOSPITAL AND NOT THE SACRAMENTO S.P.C.A.** TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE, MY PET(S) IS (ARE) HEALTHY AND HAS (HAVE) NO KNOWN ALLERGIES TO VACCINES OR MEDICATIONS AND HAS (HAVE) NOT BEEN EXPERIENCING ANY LETHARGY, VOMITING, DIARRHEA, SNEEZING, RUNNY EYES OR NOSE, COUGHING, OR OTHER SIGNS OF DISEASE OR ILLNESS. THE SACRAMENTO S.P.C.A. RESERVES THE RIGHT TO REFUSE SERVICE TO ANYONE IF THE HEALTH OR BEHAVIOR OF THE ANIMAL(S) IS OF CONCERN. BY SIGNING BELOW, I ACKNOWLEDGE THAT I HAVE READ, UNDERSTAND AND AGREE TO THESE TERMS AND CONDITIONS.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Para Español vea el reverso de esta forma**



**SOLO USO DE OFICINA**

( ) 65 años + verificado

PID#: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE (\* debe de llenar)**

Nombre del Dueño\*: \_\_\_\_\_ Esposo(a): \_\_\_\_\_

*(Dueño debe tener al menos 18 años de edad)*

Teléfono de hogar\*: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de hogar\*: \_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código Postal

Numero de Identificación \*: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

*(Número de licencia de conducir o tarjeta consular)*

MASCOTA 1- FAVOR DE LLENAR		MASCOTA 2 – FAVOR DE LLENAR		MASCOTA 3 – FAVOR DE LLENAR		MASCOTA 4 – FAVOR DE LLENAR	
PERRO / GATO	MACHO / HEMBRA	PERRO / GATO	MACHO / HEMBRA	PERRO / GATO	MACHO / HEMBRA	PERRO / GATO	MACHO / HEMBRA
NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
RAZA(S)		RAZA(S)		RAZA(S)		RAZA(S)	
COLOR(ES)		COLOR(ES)		COLOR(ES)		COLOR(ES)	
EDAD		EDAD		EDAD		EDAD	
TIENE ESTA MASCOTA? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IS THIS PET FIXED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IS THIS PET FIXED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IS THIS PET FIXED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
HA TENIDO ESTA MASCOTA REACCIONES ADVERSAS A VACUNAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		HA TENIDO ESTA MASCOTA REACCIONES ADVERSAS A VACUNAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		HA TENIDO ESTA MASCOTA REACCIONES ADVERSAS A VACUNAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		HA TENIDO ESTA MASCOTA REACCIONES ADVERSAS A VACUNAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>USO DE LA OFICINA SOLO POR DEBAJO DE ESTA LINEA</b>		<b>USO DE LA OFICINA SOLO POR DEBAJO DE ESTA LINEA</b>		<b>USO DE LA OFICINA SOLO POR DEBAJO DE ESTA LINEA</b>		<b>USO DE LA OFICINA SOLO POR DEBAJO DE ESTA LINEA</b>	
AID#:		AID#:		AID#:		AID#:	
MICROCHIP#		MICROCHIP#		MICROCHIP#		MICROCHIP#	
D D3 B R1 R3 F F3		D D3 B R1 R3 F F3		D D3 B R1 R3 F F3		D D3 B R1 R3 F F3	

**POR FAVOR LEA LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:**

DOY PERMISO PARA VACUNAR / INOCULAR MI MASCOTA(S) Y ENTIENDO QUE UNA REACCIÓN ADVERSA ES RARO, PERO POSIBLE. SI MI MASCOTA(S) SE ENFERMAN POR VACUNAS, NO VOY A SOSTENER EL SACRAMENTO SPCA RESPONSABLE. SI MI MASCOTA(S) TIENEN UNA REACCION ADVERSA, YO SOY RESPONSABLE DE INMEDIATO BUSCAR TRATAMIENTO MÉDICO A TRAVÉS DE UN HOSPITAL VETERINARIO Y NO EL SACRAMENTO S.P.C.A. A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, MI MASCOTA(S) ESTA SANO Y NO TIENE ALERGIAS A LAS VACUNAS O MEDICAMIENTOS Y NO HAN EXPERIMENTADO NINGUN LETRAGO, VOMITOS, DIARREA, ESTORNUDOS, OJOS O NARIZ QUE MOQUEA, TOS U OTROS SIGNOS DE ENFERMEDAD O DOLENCIA. EL SACRAMENTO S.P.C.A. SE RESERVA EL DERECHO A RECHAZAR EL SERVICIO A CUALQUIER PERSONA SI LA SALUD O COMPORTAMIENTO DEL ANIMAL(ES) ES MOTIVO DE PREOCUPACIÓN. ENTIENDO QUE EL PAGO DE HOY NO INCLUYE CARGOS PARA CUALQUIER VISITA FUTURO (S) QUE PUEDE REQUERIR OTRAS VACUNAS QUE SE ADMINISTRARÁN, PRODUCTOS, TRATAMIENTOS, O SERVICIOS ENTREGADOS. AL FIRMAR ABAJO, RECONOZCO QUE HE LEÍDO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON ESTOS TÉRMINOS Y CONDICIONES.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**7/21/2015**