



~For office use only~
 () New Client () New Animal
 PID#: _____

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

Owner's Name*: _____

(Owner must be at least 18 years of age)

Owner's Home Phone*: () _____ Alternate Phone: () _____

Owner's Home Address*: _____ unit # _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Owner's Driver's License*: _____ Email Address: _____
(State ID or Military ID, showing Id protects your file)

Are you active US Military or Veteran? _____ Are you 65 years or older? _____

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	
DOES THIS PET HAVE A MICROCHIP? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DOES THIS PET HAVE A MICROCHIP? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DOES THIS PET HAVE A MICROCHIP? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DOES THIS PET HAVE A MICROCHIP? <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	
<i>Microchip sticker</i>		<i>Microchip sticker</i>		<i>Microchip sticker</i>		<i>Microchip sticker</i>	
D1 D3 B R1 R3 F1 F3 M <i>Office use only</i> AID#:		D1 D3 B R1 R3 F1 F3 M AID#:		D1 D3 B R1 R3 F1 F3 M AID#:		D1 D3 B R1 R3 F1 F3 M AID#:	

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. **I UNDERSTAND THAT TODAY'S PAYMENT DOES NOT INCLUDE FEES FOR ANY FUTURE VISIT(S) THAT MAY REQUIRE ADDITIONAL VACCINES TO BE ADMINISTERED, PRODUCTS, TREATMENTS, OR SERVICES RENDERED.** 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



POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE (* debe de llenar)

Para uso de la oficina~
() New Client () New Animal

PID#: _____

Nombre del Dueño*: _____

(Dueño debe tener al menos 18 años de edad)

Teléfono del propietario*: () _____ Teléfono de Celular: () _____

Dirección del propietario*: _____
Ciudad Estado Código Postal

Numero de Identificación *: _____ Correo Electrónico: _____

(Número de licencia de conducir o tarjeta consular)

¿Es usted veterano de los Estados Unidos o Militar active? _____ ¿Tiene 65 años o más? _____

MASCOTA 1 - FAVOR DE LLENAR		MASCOTA 2 - FAVOR DE LLENAR		MASCOTA 3 - FAVOR DE LLENAR	
PERRO <input type="checkbox"/> GATO <input type="checkbox"/>	MACHO <input type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/>	PERRO <input type="checkbox"/> GATO <input type="checkbox"/>	MACHO <input type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/>	PERRO <input type="checkbox"/> GATO <input type="checkbox"/>	MACHO <input type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/>
NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
RAZA(S)		RAZA(S)		RAZA(S)	
COLOR(ES)		COLOR(ES)		COLOR(ES)	
EDAD		EDAD		EDAD	
TIENE ESTA MASCOTA UN MICROCHIP? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		TIENE ESTA MASCOTA UN MICROCHIP? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		TIENE ESTA MASCOTA UN MICROCHIP? <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	
<i>Microchip sticker</i>		<i>Microchip sticker</i>		<i>Microchip sticker</i>	
D1 D3 B R1 R3 F1 F3 M <i>Para uso de la oficina</i> AID#:		D1 D3 B R1 R3 F1 F3 M		D1 D3 B R1 R3 F1 F3 M	

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 _____