



CLIENT AUTHORIZATION FORM

Client First Name:	Client Last Name:	Are you 65 years or older? (proof may be required) DOB _____	Are you US Military or veteran? (proof may be required) YES / NO
Cell Phone:	Home Phone:	Email Address: (Please print clearly)	
Physical Address: (Where pet lives)		City and State:	Zip-code:

Pet 1: Please Complete		Pet 2: Please Complete		Pet 3: Please Complete	
Animal Name:	Animal Name:	Animal Name:	Animal Name:	Animal Name:	Animal Name:
Species (Circle one): DOG / CAT	Species (Circle one): DOG / CAT	Species (Circle one): DOG / CAT	Species (Circle one): DOG / CAT	Species (Circle one): DOG / CAT	Species (Circle one): DOG / CAT
Sex (Circle One): MALE / FEMALE	Sex (Circle One): MALE / FEMALE	Sex (Circle One): MALE / FEMALE	Sex (Circle One): MALE / FEMALE	Sex (Circle One): MALE / FEMALE	Sex (Circle One): MALE / FEMALE
Age:	Age:	Age:	Age:	Age:	Age:
Color:	Color:	Color:	Color:	Color:	Color:
Breed:	Breed:	Breed:	Breed:	Breed:	Breed:

***** HAS YOUR PET(S) EVER HAD A REACTION TO VACCINES OR SHOWING SIGNS OF ANY ILLNESS? (circle one) YES / NO
IF YES, NOTIFY ATTENDANT IMMEDIATELY!**

I GIVE PERMISSION TO VACCINATE AND I UNDERSTAND THAT A VACCINE REACTION IS RARE, BUT POSSIBLE. SHOULD MY PET(S) HAVE AN ADVERSE REACTION I AM RESPONSIBLE FOR SEEKING IMMEDIATE MEDICAL TREATMENT THROUGH A FULL-SERVICE VETERINARY HOSPITAL. TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE MY PET(S) IS (ARE) HEALTHY AND HAS (HAVE) NO KNOWN ALLERGY TO VACCINES OR MEDICATIONS AND HAS (HAVE) BEEN FREE FROM VOMITING, DIARRHEA, SNEEZING, RUNNY EYES, COUGHING, OR OTHER SIGNS OF DISEASE. I UNDERSTAND THAT PAYMENT DOES NOT INCLUDE FEES FOR THE NEXT VISIT(S). **THE SACRAMENTO SPCA HAS THE RIGHT TO REFUSE SERVICES TO MY ANIMAL IF ITS BEHAVIOR OR HEALTH IS IN QUESTION.**

CLIENT'S SIGNATURE X _____ DATE: _____

*****DO NOT WRITE BELOW THIS LINE***DO NOT WRITE BELOW THIS LINE***DO NOT WRITE BELOW THIS LINE*****

Vaccine	3 YR	1 YR	4 WK	Loc/rt/in	Vaccine	3 YR	1 YR	4 WK	Loc/rt/in	Vaccine	3 YR	1 YR	4 WK	Loc/rt/in
Rabies					Rabies					Rabies				
DA2PP					DA2PP					DA2PP				
BORD type: IN or INJ	N/A				BORD type: IN or INJ	N/A				BORD type: IN or INJ	N/A			
CIV	N/A				CIV	N/A				CIV	N/A			
LEPTO	N/A				LEPTO	N/A				LEPTO	N/A			
FVRCP					FVRCP					FVRCP				
FELV	N/A				FELV	N/A				FELV	N/A			

Other: PYR / FLEA TX /	Other: PYR / FLEA TX /	Other: PYR / FLEA TX /
Microchip: Today: Place sticker here No: Declined OR Already Chipped (Circle one) (If in Comp, last 4 digits)	Microchip: Today: Place sticker here No: Declined OR Already Chipped (Circle one) (If in Comp, last 4 digits)	Microchip: Today: Place sticker here No: Declined OR Already Chipped (Circle one) (If in Comp, last 4 digits)
S/N: Confirmed (Circle one) YES / NO / UNK	S/N: Confirmed (Circle one) YES / NO / UNK	S/N: Confirmed (Circle one) YES / NO / UNK
Notes: _____ _____ _____ _____	Notes: _____ _____ _____ _____	Notes: _____ _____ _____ _____

PAYMENT: **CASH** **CHARGE:** last 4
type **TOTAL PAID:** _____

Health HX / NSF int _____



Formulario de autorización del cliente

Nombre del cliente:	Apellido del cliente:	¿Tiene 65 años o más? (puede ser necesaria una prueba) DOB _____	¿Es usted veterano de los Estados Unidos o Militar activo? (puede ser necesaria una prueba) SÍ / NO
Teléfono del propietario:	Teléfono de Celular:	Correo Electrónico: (Por favor escribe claramente)	
Dirección del propietario: (Donde vive la mascota)		Ciudad y Estado:	Código Postal:

Mascota 1: Favor de llenar		Mascota 2: Favor de llenar		Mascota 3: Favor de llenar	
Nombre de animal:		Nombre de animal:		Nombre de animal:	
Especies (Un Círculo): PERRO / GATO		Especies (Un Círculo): PERRO / GATO		Especies (Un Círculo): PERRO / GATO	
Sexo (Un Círculo): MACHO / HEMBRA		Sexo (Un Círculo): MACHO / HEMBRA		Sexo (Un Círculo): MACHO / HEMBRA	
Años:		Años:		Años:	
Color:		Color:		Color:	
Raza:		Raza:		Raza:	

*****¿Alguna vez su mascota ha tenido una reacción a la vacuna o ha mostrado signos de alguna enfermedad? (Un Círculo) SÍ / NO EN CASO AFIRMATIVO, NOTIFIQUE AL ASISTENTE DE INMEDIATO!**

DOY PERMISO PARA VASCUNAR / INOCULAR MI MASCOTA(S) Y ENTIENDO QUE UNA REACCIÓN ADVERSA ES RARA, PERO POSIBLE. SI MI MASCOTA(S) SE ENFERMA POR ALGUNA VACUNA, 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 SPCA, A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, MI MASCOTA(S) ESTA SANO Y NO TIENE ALERGIAS A LAS VACUNAS O MEDICAMIENTOS Y NO HA EXPERIMENTADO NINGUN LETARGO, VOMITOS, DIARREA, ESTORNUDOS, OJOS O NARIZ QUE MOQUEA, TOS U OTROS SIGNOS DE ENFERMEDAD O DOLENCIA. ENTIENDO QUE EL PAGO DE HOY NO INCLUYE CARGOS PARA CUALQUIER VISITA FUTURA(S) QUE PUEDA 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. EL SACRAMENTO SPCA SE RESERVA EL DERECHO A RECHAZAR EL SERVICIO A CUALQUIER PERSONA SI LA SALUD O COMPORTAMIENTO DEL ANIMAL(ES) ES MOTIVO DE PREOCUPACIÓN.

FIRMA X _____ FECHA: _____

*****NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA*** NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA *** NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA *****

Vaccine	3 YR	1 YR	4 WK	Loc/rt/in	Vaccine	3 YR	1 YR	4 WK	Loc/rt/in	Vaccine	3 YR	1 YR	4 WK	Loc/rt/in
Rabies					Rabies					Rabies				
DA2PP					DA2PP					DA2PP				
BORD type: IN or INJ	N/A				BORD type: IN or INJ	N/A				BORD type: IN or INJ	N/A			
CIV	N/A				CIV	N/A				CIV	N/A			
LEPTO	N/A				LEPTO	N/A				LEPTO	N/A			
FVRCP					FVRCP					FVRCP				
FELV	N/A				FELV	N/A				FELV	N/A			

Other: PYR / FLEA TX /	Other: PYR / FLEA TX /	Other: PYR / FLEA TX /
Microchip: Today: Place sticker here No: Declined OR Already Chipped (Circle one) (If in Comp, last 4 digits)	Microchip: Today: Place sticker here No: Declined OR Already Chipped (Circle one) (If in Comp, last 4 digits)	Microchip: Today: Place sticker here No: Declined OR Already Chipped (Circle one) (If in Comp, last 4 digits)
S/N: Confirmed (Circle one) YES / NO / UNK	S/N: Confirmed (Circle one) YES / NO / UNK	S/N: Confirmed (Circle one) YES / NO / UNK
Notes: _____ _____ _____ _____	Notes: _____ _____ _____ _____	Notes: _____ _____ _____ _____

PAYMENT: CASH CHARGE: last 4 type TOTAL PAID: _____

Health HX / NSF int _____