



HOSPITAL PATIENT ADMISSION FORM

Thank you for dropping off your pet with us today! The following information will be used to help our veterinary team accurately complete your pet’s medical history for today’s visit.

Today’s Date *(fecha de hoy):* **1ST PHONE** *(primer number de telefono):* **2ND PHONE** *(Segundo number de teléfono):*

--	--	--

REASON FOR VISIT: (CHECK ALL THAT APPLY) *(Razón por su visita, marque todas las que apliquen)*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Preventive Care <i>(cuidado preventivo)</i> | <input type="checkbox"/> Boarding <i>(Embarque)</i> |
| <input type="checkbox"/> Comprehensive <i>(Examen comprensivo)</i> | <input type="checkbox"/> Grooming <i>(Aseo)</i> |
| <input type="checkbox"/> Dental Prophylaxis <i>(Dental)</i> | <input type="checkbox"/> Surgical/bloodwork Procedure <i>(Procedimiento quirúrgico/de sangre)</i> |
| <input type="checkbox"/> Spay or Neuter <i>(esterilización)</i> | <input type="checkbox"/> Tech Only Vaccines <i>(solamente vacunas)</i> |
| <input type="checkbox"/> Illness/Injury <i>(enfermedad/lastimadura)</i> | <input type="checkbox"/> Other <i>(otra reason):</i> _____ |

ARE THERE ANY CONCERNS: (CHECK ALL THAT APPLY) *(Ay alguna preocupación, marque todas las que apliquen)*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Weight Gain <i>(Aumento de peso)</i> | <input type="checkbox"/> Itching/Scratching <i>(picação / rascarse)</i> |
| <input type="checkbox"/> Difficulty rising <i>(Dificultad para levantarse)</i> | <input type="checkbox"/> Scotting <i>(Scooting)</i> |
| <input type="checkbox"/> Shaking Head <i>(Sacudiendo cabeza)</i> | <input type="checkbox"/> Car Sickness <i>(Enfermedad del carro)</i> |
| <input type="checkbox"/> Vomiting/Diarrhea <i>(Vómitos / diarrea)</i> | <input type="checkbox"/> Skin Masses/Lesions <i>(Masas en la piel / lesiones)</i> |
| <input type="checkbox"/> Urination Issues <i>(Problemas para orinar problemas)</i> | <input type="checkbox"/> Behavioral Problem <i>(Problemas de comportamiento)</i> |
| <input type="checkbox"/> Eating/ Drinking <i>(Comer / Beber)</i> | <input type="checkbox"/> Weight Loss <i>(Pérdida de Peso)</i> |
| <input type="checkbox"/> Bad Breath <i>(mal alient)</i> | <input type="checkbox"/> Breathing Problems <i>(Problemas para respirar)</i> |
| <input type="checkbox"/> Other (explain) <i>Otro (explique):</i> _____ | |

Duration *(duración):* _____

When did your pet last eat? *(¿Cuándo fue la última vez que comió tu mascota?)* _____

Has your pet ever had an adverse reaction to any medications? *¿Su mascota ha tenido alguna vez una reacción adversa a algún medicamento?* YES: NO: **If so, describe** *(Si es así, describa)* _____

Is your pet taking any medication(s)? *(¿Está su mascota tomando algún medicamento?)* YES: NO:

If so, when was last dose? *(Si es así, ¿cuándo fue la última dosis?)* _____

Any refills needed? *(¿Necesitas recargas?)* YES: NO:

Has your pet ever had an adverse reaction to any vaccines or procedures? YES: NO:

(¿Su mascota ha tenido alguna vez una reacción adversa a alguna vacuna o procedimiento?)

If so, describe *(Si es así, describa)* _____

Is your pet in pain after vaccines or other procedures? YES: NO:

(¿Su mascota tiene dolor después de las vacunas u otros procedimientos?)

If ticks or fleas are observed, Patient will need to be treated at a charge: Initials: _____

(Si se observan garrapatas o pulgas, el paciente deberá ser tratado con un cargo: Iniciales):

Employee Initials: _____ *(In house use)*