



Formulario de historial de paciente nuevo

Propietario: _____

Fecha: _____

Nombre de la mascota: _____

Edad: _____

Raza: _____

Color: _____

Sexo: Masculino Femenino ¿Esterilizado/Castrado?

Su mascota es: Interior Exterior Ambos

Número de perros/gatos en el hogar: _____

¿Cuántos cajas de arena tienen en casa? _____ N/A Tipo de arena para gatos: _____ N/A

Marca de comida: _____ Enlatada Seca Cantidad alimentada diariamente: _____

¿Cómo está el apetito de tus mascotas? Normal Otro: _____

¿Cómo es la actitud de tus mascotas? Normal/Feliz/Activo Deprimido/Letárgico Otro: _____

¿Tu mascota bebe agua? Normalmente Más de lo habitual Menos de lo habitual

¿Notas alguno de los siguientes? Ninguno/Normal Tos Estornudos Vómitos Diarrea

Cojear Cabeza Sacudir/Rascarse Secreción ocular Secreción nasal Desplazarse Rascarse

Bultos Pérdida de peso Mal aliento Letargo/Debilidad Convulsiones Caída del cabello

Dolor o esfuerzo para orinar o defecar

Hospital Veterinario Anterior: _____

¿Podemos solicitarles registros? Sí No Esta es la primera Visita Veterinaria

¿Cuándo fue el último examen físico de tu mascota? _____ ¿Última limpieza dental? _____

¿Tu mascota está al día con las vacunas? Sí _____ No No estoy seguro

¿Está su mascota bajo algún tipo de prevención contra pulgas, garrapatas y gusanos del corazón?

Sí _____ No No estoy seguro

¿Le han realizado pruebas a su mascota para detectar gusanos del corazón o parásitos intestinales?

Sí _____ No No estoy seguro

¿Tu mascota ha recibido algún tratamiento desparasitante? Sí No No estoy seguro

¿Su mascota tiene alguna condición médica actual? Sí _____ No No estoy seguro

¿Tu mascota toma algún medicamento o suplemento? Sí _____ No No estoy seguro

¿Su mascota tiene alguna alergia (médica o ambiental)? Sí _____ No No estoy seguro

¿Tiene seguro para mascotas? Sí _____ No No estoy seguro

¿Quieres añadir servicios a tu visita? Corte de uñas Sí No Expresión de glándula anal Sí No