



**INFORMATION DEL DUENO - UNA FORMA/MASCOTA**

Primer nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
 Numero de telefono \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

**INFORMATION DEL MASCOTA**

PERRO  GATO  MASCULINO  HEMBRA  CASTRADO  ESTERILIZAR  INALTERADO

Nombre del Mascota \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Color/Marcas \_\_\_\_\_

Microchip # \_\_\_\_\_

1. Si su mascota NO esta castrado/esterilizar, esta interesado(a) acastrado/esterilizar ? SI NO ENCASO QUE NO, POR QUE NO? \_\_\_\_\_
2. ¿Su mascota está tomando algún medicamento actualmente? SI NO ENCASO QUE NO, POR QUE NO? \_\_\_\_\_
3. ¿Ha tenido su mascota una reacción alérgica a una vacuna, mordedura de insecto o cualquier medicación en el pasado? SI NO ENCASO QUE NO, POR QUE NO? \_\_\_\_\_
4. ¿Esta su mascota embarazada o amamantando? SI NO ENCASO QUE NO, POR QUE NO? \_\_\_\_\_
5. En el mes pasado, ha tenido tu mascota alguna: (Tos, Estornudo, Diarrea, No Comer, Vomito) SI NO ENCASO QUE NO, POR QUE NO? \_\_\_\_\_

**PERROS**

Por favor marque lo que su perro/cachorro necesita

VACUNAS DE CACHORROS		
Precio	Min. Edad	Price
<input type="checkbox"/> Conjunto 1 – DAPPv ( <i>moquillo, adenovirus 1&amp;2, parainfluenza, parvovirus &amp; Intra-Trac 3 (tos de las perreras)</i> )	8 semanas	\$20
<input type="checkbox"/> Set 2 - DAPPv Refuerzo	12 semanas	\$10
<input type="checkbox"/> Set 3 - DAPPv Refuerzo & Rabia	16 semanas	\$30
<input type="checkbox"/> Set 4 - DAPPv Refuerzo	20 semanas	\$10
VACUNAS DE PERROS (4 meses o mayor)		
<input type="checkbox"/> Conjunto complete de perro - DAPPv, Intra-Trac 3, & Rabia	4 meses	\$40
MICROCHIP		
<input type="checkbox"/> Microchip	any	\$20

**GATOS**

Por favor marque lo que su gato/gatito necesita hoy

VACUNAS DE GATITOS		
Precio	Min. Edad	Price
<input type="checkbox"/> Set 1 – FVRCP ( <i>rhinotracheitis, calicivirus and panleukopenia</i> ) +FELV ( <i>felino leukemia</i> )	8 semanas	\$20
<input type="checkbox"/> Set 2 - FVRCP+FELV Refuerzo	12 semanas	\$20
<input type="checkbox"/> Set 3 - FVRCP+FELV & Rabia	16 semanas	\$40
VACUNAS DE GATOS (4 meses o mayor)		
<input type="checkbox"/> Conjunto complete de gato - FVRCP+FELV & Rabia	4 meses	\$40
MICROCHIP		
<input type="checkbox"/> Microchip	any	\$20

\*Si un perro o gato de 4 meses o mas nunca ha tenido vacunas, obtendra un conjunto completo, luego un refuerzo en 3 semanas

**ESTA ESSION ES PARA EL PERSONAL DE MHC**

Total: \$ \_\_\_\_\_ Paid: CC Check # \_\_\_\_\_ Cash

**POR FAVOR COMPLETE LAS PROXIMA FORMA →**



## Liberación del dueño de vacuna y microchip

### Al firmar abajo, afirmo que:

1. Entiendo que las vacunas de mi mascota se reducirán sustancialmente, pero no puede eliminar por completo las posibilidades de mi mascota de contraer una enfermedad o la enfermedad vacunada contra.
2. Entiendo que mi mascota puede desarrollar anorexia, lentitud, fiebre y dolor en pocas horas después de la vacunación y puede durar hasta 24 horas. Entiendo que estos efectos adversos son leves y normalmente se resuelven sin la necesidad de atención veterinaria adicional. Entiendo que en caso de que mi mascota desarrolle cualquier reacción severa o inesperada a la vacunación, como vómitos o diarrea persistentes, picazón en la piel (urticaria) hinchazón del hocico y alrededor de la cara, el cuello o los ojos, o la tos severa/dificultad para respirar, debo contactar inmediatamente con mi veterinario para obtener instrucciones.
3. Entiendo que conseguir vacunar a mi mascota puede desencadenar enfermedades autoinmunes, sólo si la mascota tiene una condición preexistente.
4. Entiendo que Midland Humane Coalition o cualquier agencia asociada con Midland Humane Coalition no hace ninguna garantía, ya sea expresada o implícita, en cuanto a la seguridad o eficacia de la vacuna que se está utilizando y no será responsable de ninguna reacción hasta y incluyendo la muerte.
5. Comprendo la información que se me ha facilitado sobre las vacunas y las enfermedades a las que están destinadas a protegerse y las reacciones adversas que podrían producirse. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que tengo acerca de esta información y vacunas, y he tenido todas mis preguntas respondidas a mi satisfacción.

Solicito y doy permiso para vacunar a mi mascota y/o microchipped.

\_\_\_\_\_  
Firma del dueño (o la persona responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha