

NEW CLIENT INFORMATION

Brentwood Animal Hospital Inc.
3900 Rhode Island Avenue
Brentwood, MD 20722

Please Complete ALL Fields

Date: _____ 301-864-3164 Email _____

Owner's Name: _____ SS #* _____

Address: _____ Apt/Unit # _____ City/State/Zip: _____

Primary phone # _____ CELL LANDLINE Cell # _____ Work #: _____

Employer & address _____

Active military or reserve?
YES NO
(not including IRR)

Emergency Contact: _____ Phone #: _____

How did you hear about our practice? Sign Returning client Internet
A Friend or relative we can thank: _____ Other _____

Pet Information

1.) Pet's Name: _____ Dog Cat Other: _____ Breed: _____

Sex: Male Female Date of Birth: _____ Color _____ Spayed/Neutered Y N

2.) Pet's Name: _____ Dog Cat Other: _____ Breed: _____

Sex: Male Female Date of Birth: _____ Color _____ Spayed/Neutered Y N

3.) Pet's Name: _____ Dog Cat Other: _____ Breed: _____

Sex: Male Female Date of Birth: _____ Color _____ Spayed/Neutered Y N

Medical Information

*Is your pet currently receiving medications? Y N List: _____

*Does your pet have any known drug allergies? Y N Describe: _____

*Is your pet on Heartworm and/or Flea/Tick Preventative? Y N List: _____

*Does your pet have any ongoing medical condition? Y N Describe: _____

*Does your pet have Proof of vaccine history? Y N

*Does your pet have Pet Insurance Y N Which? _____

*Reason(s) for this visit (problems): _____

Payment Method Cash Check Debit Card Credit Card _____

(Your debit card must have a credit card logo)

Please list which card(s) you will use

As an authorized participating provider, Brentwood Animal Hospital can accept your Care Credit card.

Financial Agreement

→ ALL FEES ARE DUE WHEN SERVICES ARE RENDERED. A DEPOSIT IS REQUIRED FOR SERVICES ←

I am the owner of the above pet(s) and I can legally enter into a contract. I hereby state that a person who presents my pet for care is my agent. I understand all payments are due when services are rendered, that there is a fee for consultation, that diagnostic testing, treatment and medication are additional fees. It is my responsibility to pay my bill immediately when services have been rendered. Brentwood Animal Hospital, Inc ("BAH") does not provide "payment plans" of any sort. I understand failure or refusal to pay may be a criminal offense and that any unpaid balance may be considered an unsecured loan. I agree to reimburse BAH the fees of any collection activity, agency or agencies, and all costs and expenses, including the maximum allowable fees incurred in such collection efforts. I expressly state that I understand the minimum charge for collection activity for ANY reason is \$150, which will be added to any monies I owe when referred for collection. Unpaid balances are charged 1% per month (12% / annum; minimum fee \$1 / month OR the maximum interest allowed by Maryland law, whichever is higher) plus a monthly billing fee of \$2. I authorize Brentwood Animal Hospital to freely use photographs of my pet (to include the pet's handler at the time) taken while receiving services at, visiting, or supplied to, BAH as they see fit.

Signature of Owner

Disclosure of a social security number is voluntary. Services will not be declined if you do not provide it. BAH reserves the right to decline to accept your check, debit card, credit card, or other non-cash instruments if you do not provide your SSN. A photocopy of your current valid US state-issued driver's license or identity card is an acceptable alternate. You authorize BAH to initiate electronic deposits or withdrawals related to your account debits, credits and payment methods you provided to us. Recording of any type of audio and/or video on the premises of BAH without express permission of the owner(s) will result in a civil lawsuit in the amount of \$2000 per minute (or portion) disseminated in any fashion. Notify the receptionist of any promotions or insurance you may have in advance; failure to do so may lead to erroneous fee calculations which will NOT be corrected after check-out. BAH reserves the right to decline to provide services or products to any patient or person.

Updated 1JAN2023

NEW CLIENT INFORMATION

Fecha: _____

Brentwood Animal Hospital Inc.
3900 Rhode Island Avenue
Brentwood, MD 20722

Por Favor, Llene TODOS los campos 301-864-3164

Nombre del Propietario: _____ Correo Electronico: _____
Dirección: _____ Apt/Unidad: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Teléfono principal # _____ Cell#: _____ Trabajo#: _____ S.S.N/F.D.N: _____
Empleador y Dirección _____ Contacto de Emergencia: _____
¿Cómo te enteraste de nuestra práctica?(circle 1): Cartel publicitario Cliente recurrente Internet
Un amigo o familiar al que podamos agradecer: _____ otro _____

Información de la Mascota:

1.) Nombre de Mascota: _____ Perro/Gato _____ Raza: _____
Sexo: _____ Fecha de Nacimiento o Edad Aproximada: _____ Esterilizado/Castrado: (Si/ No)
2.) Nombre de Mascota: _____ Perro/Gato _____ Raza: _____
Sexo: _____ Fecha de Nacimiento o Edad Aproximada: _____ Esterilizado/Castrado: (Si/ No)
3.) Nombre de Mascota: _____ Perro/Gato _____ Raza: _____
Sexo: _____ Fecha de Nacimiento o Edad Aproximada: _____ Esterilizado/Castrado: (Si/ No)

Información Médica:

* ¿Tu mascota está recibiendo medicamentos actualmente? SI NO Lista: _____
* ¿Tu mascota tiene alguna alergia conocida a medicamentos? SI NO Describir: _____
* ¿Su mascota toma tratamiento preventivo contra el gusano del corazón y/o pulgas/garrapatas? SI NO
* ¿Que Marca y Cuándo fue la última vez que se le dio a la mascota? _____
* ¿Su mascota tiene alguna afección médica continua? SI NO Describir: _____
* ¿Su mascota tiene comprobante de historial de vacunas? SI NO
* ¿Tu mascota tiene seguro para mascotas? SI NO Con Quien?: _____

*Motivo(s) de esta visita (problemas): _____

Forma de Pago:

Efectivo Debito Credito CareCredit PetAssure
(Como proveedor participante autorizado, Brentwood Animal Hospital puede aceptar su tarjeta de crédito Care)

Acuerdo Financiero

-> TODAS LAS TARIFAS SE DEBEN PAGAR CUANDO SE PRESTAN LOS SERVICIOS. SE REQUIERE UN DEPÓSITO PARA LOS SERVICIOS

Soy el propietario de la(s) mascota(s) mencionada(s) anteriormente, y puedo celebrar legalmente un contrato. Por la presente declaro que una persona que presenta a mi mascota para su cuidado es mi agente. Entiendo que todos los pagos son debido a que se prestan los servicios, que hay una tarifa por consulta, que las pruebas de diagnóstico, el tratamiento y la medicación son tarifas adicionales. Es mi responsabilidad pagar mi cuenta inmediatamente después de la prestación de los servicios. Brentwood Animal Hospital, Inc ("BAH") no ofrece "planes de pago" de ningún tipo. Entiendo la falta o negativa a pagar puede ser un delito penal y que cualquier saldo impago puede considerarse un préstamo sin garantía. Me comprometo a reembolsar a BAH los honorarios de cualquier actividad de cobranza, agencia o y todos los costos y gastos, incluidos los honorarios máximos permitidos incurridos en dichos esfuerzos de cobranza. Declaro expresamente que entiendo el cargo mínimo por la actividad de cobro por CUALQUIER motivo es de \$ 150, que se agregará a cualquier dinero que deba cuando lo refiera para el cobro. Los saldos impagos se cobran un 1% mensual (12% / anual; tarifa mínima de \$1 / mes O el interés máximo permitido por la ley de Maryland, lo que sea mayor) más una tarifa de facturación mensual de \$2. Autorizo a Brentwood Animal Hospital a usar libremente fotografías de mi mascota (para incluir al cuidador de la mascota en ese momento) tomadas mientras recibía servicios en, visitaba o se les proporcionaba a BAH según lo consideren oportuno.

Firma del Propietario