

SMALL ANIMAL EMERGENCY CLINIC
POLÍTICA FINANCIERA Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Persona Responsable _____ Esposo/a _____
Apellido Primer Nombre Apellido Primer Nombre

Dirección _____
Calle Ciudad/Estado Código Postal

Teléfono Móvil _____ Teléfono del Trabajo _____ Otro Teléfono _____

Teléfono Móvil de la Esposo/a _____ Teléfono del Trabajo de la Esposo/a _____

Empleador(a) _____ Empleador(a) de la Esposo/a _____

de la Licencia de Conducir _____ Dueño de la Mascota (si no esta aquí) _____
.....

Nombre del Paciente _____ Especies: Perro/a Gato/a Otro/a _____

Raza _____ Edad _____ Color(es) _____

Sexo: Masculino Castrado Hembra Esterilizada

¿Quién es tu veterinario/a primario/a? _____

Cuando posible, recibirá un estimado de los cargos anticipados antes de que se inicie el tratamiento. Se debe realizar un depósito por el monto del presupuesto antes de que el paciente sea hospitalizado, y el pago total se debe pagar en el momento del alta. Dependiendo del progreso del paciente, se pueden incurrir en tarifas que excedan la estimación original. Si estas tarifas son sustanciales, intentaremos comunicarnos con usted antes de incurrir en las tarifas. Usted será responsable para todos esos cargos adicionales.

Cualquier animal hospitalizado durante la noche debe ser recogido a más tardar a las 7:15a.m. de lunes a viernes por la mañana. Los animales admitidos entre el viernes por la noche y el lunes por la mañana pueden quedar a nuestro cuidado hasta el lunes a las 7:15a.m. A nuestra discreción, cualquier animal que no sea recogido a esta hora puede ser transportado a una instalación veterinaria que esté abierta durante las horas del día, y se le cobrará una tarifa de transporte a su cuenta.

Opciones de Pago: Puede optar por pagar en efectivo o con tarjeta de crédito (Visa, Mastercard, American Express o Discover). También aceptamos CareCredit y ScratchPay. Puede solicitar una cuenta de CareCredit en www.carecredit.com o llamando 1-800-365-8295. Puede llamar a este número desde nuestra oficina para que CareCredit realice una rápida evaluación crediticia. Puede solicitar un préstamo de ScratchPay en scratchpay.com.

Cheques Devueltos: Los cheques no pagaderos por el banco se envían automáticamente a CheckNet en Wichita Falls, Texas. CheckNet cobra una tarifa más los impuestos aplicables por cada cheque devuelto.

Estados de Cuenta Mensuales: En caso de que tenga un saldo en su cuenta, recibirá un estado de cuenta mensual. Mostrará por separado el saldo anterior, cualquier cargo nuevo a la cuenta, la tarifa de facturación, si corresponde, y cualquier pago o crédito aplicado a su cuenta durante el mes. Se impondrá una tarifa de facturación de \$5 a una cuenta cada vez que se envíe un estado de cuenta. A menos que aprobemos otros arreglos por escrito, el saldo total de su estado de cuenta vence y es pagadero cuando se emite el estado de cuenta y está vencido si no se paga antes de la fecha de vencimiento que se muestra en el estado de cuenta.

Cuentas Vencidas: Si su cuenta se atrasa, tomaremos las medidas necesarias para cobrar esta deuda. Si tenemos que remitir su cuenta a una agencia de cobranza, usted acepta pagar todos los costos de cobranza en los que incurra. Si tenemos que remitir el cobro del saldo a un abogado, usted acepta pagar todos los honorarios de abogado en los que incurramos más todos los costos judiciales. En caso de demanda, usted acepta que el lugar será en Randall County, Texas.

Al firmar a continuación, usted autoriza Small Animal Emergency Clinic (SAEC) a comunicarse con usted a través de los números de teléfono celular, direcciones de correo electrónico, o dispositivos inalámbricos actuales y futuros adeudados a SAEC. Usted autoriza a SAEC y a sus agentes, representantes y abogados (incluidas las agencias de cobranza) a utilizar equipo de marcación telefónico automatizada, mensajes de texto o voz artificiales o pregrabados y llamadas y correos electrónicos personales, en su esfuerzo por comunicarse con usted con el propósito de cobrar cualquier parte de su cuenta que esté vencida.

Tenemos derecho a cancelar su privilegio para recibir tratamiento veterinario de emergencia para sus animales si tiene un saldo impago.

Autorización de Tratamiento: Reconozco que la atención que se le proporcionará a este animal por Amarillo Small Animal Emergency Clinic se limitará al tratamiento de emergencia y que la clínica no tiene instalaciones para cuidados prolongados o alojamiento. Entiendo que será necesario volver a un veterinario/a primario/a de mi elección para un diagnóstico y tratamiento continuado. Sujeto a mi aprobación, por la presente autorizo cualquier tratamiento, incluida la administración de anestésicos y la realización de procedimientos quirúrgicos, que la clínica considere necesario. Espero que el veterinario tome todas las precauciones razonables contra las complicaciones o la muerte debido a la anestesia, pero entiendo que Amarillo Small Animal Emergency Clinic no se hará responsable de ninguna manera con respecto a las complicaciones.

Inicial *Una vez que haya firmado este acuerdo, acepto todos los términos y condiciones aquí contenidos y el acuerdo estará en pleno vigor y efecto.*

Inicial *Se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que tenga con respecto a esta Política Financiera, y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.*

Al ejecutar este acuerdo, acepto que soy responsable de todos los honorarios profesionales y clínicos, incluidos los honorarios por medicamentos y procedimientos de diagnóstico, y que esta responsabilidad continúa en caso de que el paciente no se recupere o sea eutanizado/a.

Firma del Responsable _____ Fecha _____