

City Animal Hospital - Patient Checklist

Patient Name _____ Date _____

You must mark each box that describes pet's current symptoms &/or plans for today.

Illness

a. Vomiting	<input type="checkbox"/>	b. Scratching/Skin Lesions	<input type="checkbox"/>
c. Diarrhea	<input type="checkbox"/>	d. Coughing	<input type="checkbox"/>
e. Not Eating	<input type="checkbox"/>	f. Odd Respiration/Breathing	<input type="checkbox"/>
g. Fever	<input type="checkbox"/>	h. Limping/Trouble Standing Up	<input type="checkbox"/>
i. Listless/Lying Around	<input type="checkbox"/>	j. Urine/Stool Accidents in House	<input type="checkbox"/>
k. Mass/Lump/Tumor	<input type="checkbox"/>	l. Frequent Trips to Litter Box	<input type="checkbox"/>
m. Head Shaking/Ear Trouble	<input type="checkbox"/>	n. Strain to Urinate/Urine Dribble	<input type="checkbox"/>
o. Ate something poisonous: Rat Poison <input type="checkbox"/> Chocolate <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>			

Other: _____

Vaccinations Needed

a. Adult Dog	<input type="checkbox"/>	b. Feline Leukemia/Feline Immunodeficiency Virus Test	<input type="checkbox"/>
c. Puppy	<input type="checkbox"/>	d. Heartworm Test	<input type="checkbox"/>
e. Adult Cat	<input type="checkbox"/>	f. Fecal Test - for worms	<input type="checkbox"/>
g. Kitten	<input type="checkbox"/>	h. Nail Trim	<input type="checkbox"/>
i. Microchip	<input type="checkbox"/>	j. Anal Glands - scooting	<input type="checkbox"/>

Other: _____

Signature: _____

City Animal Hospital - Lista de verificación del paciente

El nombre del paciente _____ La fecha _____

Debe marcar cada casilla que describa los síntomas y / o planes actuales de la mascota para hoy.

Enfermedad

a. Vomitando <input type="checkbox"/>	b. Rascado/Lesiones de la piel <input type="checkbox"/>
c. La diarrea <input type="checkbox"/>	d. Tosiendo <input type="checkbox"/>
e. No comer <input type="checkbox"/>	f. Respiración extraña <input type="checkbox"/>
g. La fiebre <input type="checkbox"/>	h. Cojeando/dificultad para levantarse <input type="checkbox"/>
i. Apático/sin ánimo <input type="checkbox"/>	j. Accidentes de orina / heces en casa <input type="checkbox"/>
k. La masa/El chichón/El tumor <input type="checkbox"/>	l. Viajes frecuentes a la caja de arena <input type="checkbox"/>
m. Sacudiendo la cabeza/problemas de oído <input type="checkbox"/>	n. Dificultad para orinar/goteo de orina <input type="checkbox"/>
o. Comió algo venenoso: El raticida <input type="checkbox"/> El chocolate <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

Otro: _____

Vacunas Necesarias

a. Perro adulto <input type="checkbox"/>	b. Prueba de leucemia felina / virus de inmunodeficiencia felina <input type="checkbox"/>
c. El perrito <input type="checkbox"/>	d. Prueba del gusano del corazón <input type="checkbox"/>
e. Gato adulto <input type="checkbox"/>	f. Prueba fecal- para gusanos <input type="checkbox"/>
g. El gatito <input type="checkbox"/>	h. Recorte de uñas <input type="checkbox"/>
i. Microchip <input type="checkbox"/>	j. Glándulas anales - arrastrando a tope <input type="checkbox"/>

Otro: _____

Firma: _____