New Client Information
WESTOVER ANIMAL CLINIC

1361 Memorial Drive, Chicopee, MA 01020
(413) 535-1777 ▪ www.westoverac.com

Client Information (Informacion del Cliente)

Owner's name:_____ **Co-Owner's name:**_____
(Nombre de dueno) (Nombre de segundo dueno)

Mailing address:_____
(Direccion de correo)

City:_____ **State:**_____ **Zip:**_____
(Ciudad) (Estado) (Postal)

Primary Phone Number:_____ **Alternative Phone Number:**_____
(Primero numero de telefono) (Segundo numero de telefono)

Email address:_____
(Direccion de correo electronico)

Please let us know how you heard about us:
(Por favor dejenos saber como usted escucho acerca de nosotros)
❑ **Internet** ❑ **Sign/Drive-by** ❑ **Family/Friend:**_____ ❑ **Other:**_____

Pet Information (Informacion de mascota)

Pet's Name (Nombre de mascota)	**Species** (Especies) ex: dog	**Breed** (Raza) ex: lab mix	**Color and/or Markings** (Color y marcas)	**D.O.B./Age** (Fecha de nacimiento o Edad)	**Sex** (Sexo)	**Spayed/ Neutered** (Esterilizado)
					❑Male ❑Female	❑ Yes ❑ No

Clinic Payment Policy (Política de pago de la clínica)

- **Payment is due in full at the time that services are provided; we do not offer billing**
  (El pago es debido en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios; No ofrecemos facturación)
- **We accept cash, check (with ID), all major credit cards, and Care Credit**
  (Aceptamos dinero en efectivo, cheque (con identificación), todas las principales tarjetas de crédito y Care Credit)
- **I understand that all outstanding/unpaid balances incur a 1.5% monthly interest fee. Any unpaid balance over 90 days will be reported to collections and credit bureau.**
  (Entiendo que todos los saldos pendientes / no pagados incurren en una tasa de interés mensual del 1.5%. Cualquier saldo no pagado se enviará a la agencia de cobros)
- **Any checks returned by the issuing bank will be subject to a $25 fee and possible court fees.**
  (Los cheques devueltos por el banco estarán sujetos a una tarifa de $ 25 y posibles tarifas judiciales.)

Optional Authorizations:
❑ I authorize the staff at Westover Animal Clinic to release medical history and/or vaccination history to groomers, boarding facilities, adoption agencies, or other hospitals. Westover Animal Clinic will never release any personal information regarding address, phone number, email, or other personal information

I have read and agree to the above information:

Signature: _____ **Date:** _____