



Veterinary Treatment/Authorization Form (English)

To be completed by the Pet Owner and used by the Sitter if a pet requires care at:

_____ (Veterinary Hospital / Clinic)

Owner's Information:

Name: _____

Address: _____

Email: _____

Phone number _____

Phone number while away: _____

Departure Date: _____ Return Date: _____

Pet Sitter's Information:

Name: _____

Phone number: _____

Email: _____

Authorizations:

I _____ (Pet Owner) authorize _____ (Sitter) to care for my pet(s) in my absence.

The Sitter has permission to transport the pet(s) or request "home" treatment if deemed necessary.

I authorize _____ (Veterinary Hospital /Clinic) to treat and make any decisions in regards to my pet's condition. I also authorize sharing pet information with the Sitter.

Please check one of the following:

I authorize **any amount necessary** for the treatment of my pets.

I authorize **a maximum** of \$ _____ for the treatment of my pets.

Please check one of the following:

I wish to be contacted prior to any treatment.

There is no need to contact me for treatments costing up to the allotted amount.

In the event of a pet's death, I wish one of the following actions:

Cremation with ashes returned (if service is available)

Cremation with ashes not returned (if service is available)

Hospital/clinic to make other final arrangements

Release the body to the pet sitter

Please hold the body until I return.

Owners Signature: _____

Date: _____

Pet Information

Pet 1:

Pets Name: _____ Age: _____

Breed: _____

Sex: Female Spayed female Male Neutered male

Current Medications: _____

Pet 2:

Pets Name: _____ Age: _____

Breed: _____

Sex: Female Spayed female Male Neutered male

Current Medications: _____

Pet 3:

Pets Name: _____ Age: _____

Breed: _____

Sex: Female Spayed female Male Neutered male

Current Medications: _____

Pet 4:

Pets Name: _____ Age: _____

Breed: _____

Sex: Female Spayed female Male Neutered male

Current Medications: _____



Tratamiento Veterinario/Formulario de Autorización (Spanish)

Debe ser completado por el dueño de la mascota y usado por el cuidador si el animal requiere de tratamiento en:
_____ (hospital veterinario/ Clínica)

Información del dueño:

Nombre: _____

dirección: _____

correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono en ausencia _____

fecha de salida _____ fecha de regreso _____

Información del cuidador:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

correo electrónico: _____

Autorizaciones:

Yo, _____ (el dueño de la mascota) autorizo a
_____ (cuidador) de cuidar mis mascota(s) durante mi ausencia.

El cuidador tiene permiso de transportar la(s) mascota(s) or pedir tratamiento “en casa” si es necesario.

Yo autorizo a _____ (hospital veterinario/clínica) de dar tratamiento y tomar decisiones con respecto a las condiciones de mi mascota. También autorizo que se comparta la información con el cuidador.

Por favor de seleccionar una de las siguientes opciones:

Yo autorizo cualquier monto necesario para el tratamiento de mi(s) mascota(s).

Yo autorizo un máximo de US\$ _____ para el tratamiento de mi(s) mascota(s).

Por favor de seleccionar una de las siguientes opciones:

Quisiera ser informada antes de cualquier tratamiento

No es necesario informarme de tratamientos hasta el monto arriba estipulado.

En el evento de la muerte de una mascota quisiera UNA de las siguientes opciones:

Cremacion con las cenizas entregadas – si el servicio esta disponible

Cremacion con las cenizas NO entregadas - si el servicio esta disponible

Que el Hospital/Clínica haga los areglos finales

Entregar el cuerpo al cuidador

Guardar el cuerpo hasta mi regreso.

Firma del dueño: _____

Fecha: _____

Información de la mascota

Mascota 1:

Nombre de mascota: _____ Edad: _____

Raza: _____

Sexo: Embra Embra esterelizada Macho Macho esterelizado

Medicamentos en curso: _____

Mascota 2:

Nombre de mascota: _____ Edad _____

Raza: _____

Sexo: Embra Embra esterelizada Macho Macho esterelizado

Medicamentos en curso: _____

Mascota 3:

Nombre de mascota: _____ Edad _____

Raza: _____

Sexo: Embra Embra esterelizada Macho Macho esterelizado

Medicamentos en curso: _____

Mascota 4:

Nombre de mascota: _____ Edad _____

Raza: _____

Sexo: Embra Embra esterelizada Macho Macho esterelizado

Medicamentos en curso: _____