



**True Blue Veterinary Group**  
 www.truebluevethospital.com  
 www.apricotvet.com



**HOSPITAL PATIENT ADMISSION FORM**

**Thank you for dropping off your pet with us today! The following information will be used to help our veterinary team accurately complete your pet's medical history for today's visit.**

**Today's Date** (*fecha de hoy*): **1<sup>ST</sup> PHONE** (*primer number de telefono*): **2<sup>ND</sup> PHONE** (*Segundo number de teléfono*):

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**REASON FOR VISIT: (CHECK ALL THAT APPLY)** (*Razón por su visita, marque todas las que apliquen*)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Preventive Care</b> ( <i>cuidado preventivo</i> )    | <input type="checkbox"/> <b>Boarding</b> ( <i>Embarque</i> )   |
| <input type="checkbox"/> <b>Comprehensive</b> ( <i>Examen comprensivo</i> )      | <input type="checkbox"/> <b>Grooming</b> ( <i>Aseo</i> )   |
| <input type="checkbox"/> <b>Dental Prophylaxis</b> ( <i>Dental</i> )             | <input type="checkbox"/> <b>Surgical/bloodwork Procedure</b> ( <i>Procedimiento quirúrgico/de sangre</i> ) |
| <input type="checkbox"/> <b>Spay or Neuter</b> ( <i>esterilización</i> )         | <input type="checkbox"/> <b>Tech Only Vaccines</b> ( <i>solamente vacunas</i> )                            |
| <input type="checkbox"/> <b>Illness/Injury</b> ( <i>enfermedad/lastimadura</i> ) | <input type="checkbox"/> <b>Other</b> ( <i>otra reason</i> ): _____  |

**ARE THERE ANY CONCERNS: (CHECK ALL THAT APPLY)** (*Ay alguna preocupación, marque todas las que apliquen*)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Weight Gain</b> ( <i>Aumento de peso</i> )                      | <input type="checkbox"/> <b>Itching/Scratching</b> ( <i>picação / rascarse</i> )           |
| <input type="checkbox"/> <b>Difficulty rising</b> ( <i>Dificultad para levantarse</i> )     | <input type="checkbox"/> <b>Scooting</b> ( <i>Scooting</i> )                               |
| <input type="checkbox"/> <b>Shaking Head</b> ( <i>Sacudiendo cabeza</i> )                   | <input type="checkbox"/> <b>Car Sickness</b> ( <i>Enfermedad del carro</i> )               |
| <input type="checkbox"/> <b>Vomiting/Diarrhea</b> ( <i>Vómitos / diarrea</i> )              | <input type="checkbox"/> <b>Skin Masses/Lesions</b> ( <i>Masas en la piel / lesiones</i> ) |
| <input type="checkbox"/> <b>Urination Issues</b> ( <i>Problemas para orinar problemas</i> ) | <input type="checkbox"/> <b>Behavioral Problem</b> ( <i>Problemas de comportamiento</i> )  |
| <input type="checkbox"/> <b>Eating/ Drinking</b> ( <i>Comer / Beber</i> )                   | <input type="checkbox"/> <b>Weight Loss</b> ( <i>Pérdida de Peso</i> )                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Bad Breath</b> ( <i>mal alient</i> )                            | <input type="checkbox"/> <b>Breathing Problems</b> ( <i>Problemas para respirar</i> )      |
| <input type="checkbox"/> <b>Other</b> ( <i>explain</i> ) <i>Otro (explique)</i> : _____     |  |

**Duration** (*duración*): \_\_\_\_\_

**When did your pet last eat?** (*¿Cuándo fue la última vez que comió tu mascota?*) \_\_\_\_\_

**Has your pet ever had an adverse reaction to any medications?** *¿Su mascota ha tenido alguna vez una reacción adversa a algún medicamento?* YES:  NO:  **If so, describe** (*Si es así, describa*) \_\_\_\_\_

**Is your pet taking any medication(s)?** (*¿Está su mascota tomando algún medicamento?*) YES:  NO:

**If so, when was last dose?** (*Si es así, ¿cuándo fue la última dosis?*) \_\_\_\_\_

**Any refills needed?**(*¿Necesitas recargas?*) YES:  NO:

**Has your pet ever had an adverse reaction to any vaccines or procedures?** YES:  NO:

(*¿Su mascota ha tenido alguna vez una reacción adversa a alguna vacuna o procedimiento?*)

**If so, describe** (*Si es así, describa*) \_\_\_\_\_

**Is your pet in pain after vaccines or other procedures?** YES:  NO:

(*¿Su mascota tiene dolor después de las vacunas u otros procedimientos?*)

**If ticks or fleas are observed, Patient will need to be treated at a charge: Initials:** \_\_\_\_\_

(*Si se observan garrapatas o pulgas, el paciente deberá ser tratado con un cargo: Iniciales*):

**Employee Initials:** \_\_\_\_\_ (*In house use*)