



HIALEAH ANIMAL HOSPITAL

14525 SW 42nd St

Miami, FL 33175

(305) 225-3116

PLAN DE SALUD

Apellido: _____ Nombre: _____ Account # _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

No de Teléfono _____ Contacto de Emergencia _____

Nombre de la Mascota: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Felino ___ Canino ___ Raza: _____ Macho _____ Hembra _____

BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD

Todas las visitas médicas serán reducidas a \$10.95. El plan incluye todas las vacunas. Todos los exámenes hechos en la clínica **Hialeah Animal Clinic** serán reducidos a un 50%. Todos los servicios serán reducidos a un 20%. Estos servicios médicos incluyen baños, desparasitación, anestesia, cirugía y limpiezas dentales. Todos los tratamientos y medicinas tienen un 10% de descuento. Todas las mascotas son elegibles para participar en el programa en cualquier momento.

MEMBRESIA ANNUAL CANINA..... \$189.00

MEMBRESIA ANNUAL FELINA..... \$179.00

PRIMER AÑO CANINO/FELINO INCLUYENDO STERILIZACION..... \$239.00

*(Algunas restricciones aplican. No incluye exámenes de sangre ni medicinas post-quirúrgicas *)*

ANUAL CANINO Examen Médico.....\$14.95

Vacunas contra el Distemper, Hepatitis, Parainfluenza, Parvovirus Bordetella y Rabies (*)

ANUAL FELINO Examen Médico.....\$14.95

Vacunas contra la Rinotracheitis, Panleukopenia, Calcivirus, Chlamydia y Rabies (*)

VACUNAS CANINAS 6 MESES Examen Médico.....\$14.95

Vacunas contra el Distemper, Hepatitis, Parainfluenza, Parvovirus y Bordetella

CACHORROS VISITAS #1 - 2 Examen Médico.....\$14.95

Vacunas contra el Distemper, Hepatitis, Parainfluenza, Parvovirus y Bordetella

CACHORROS VISITAS #3 - 4 Examen Médico.....\$14.95

Vacunas contra el Distemper, Hepatitis, Parainfluenza, Parvovirus Bordetella y Rabies (*)

GATICOS VISITA # 1 - 2 Examen Médico.....\$14.95

Vacunas contra la Rinotracheitis, Panleukopenia, Calcivirus y Chlamydia

GATICOS VISITA # 3 Examen Médico.....\$41.95

Vacunas contra la Rinotracheitis, Panleukopenia, Calcivirus, Chlamydia y Rabies (*)

(*) Vacuna de Rabia por 1 año

LABORATORIOS HECHOS EN CLINICA 50%

EXAMEN FECAL
ANÁLISIS DE ORINA
EXAMEN DEL PARÁSITO DEL CORAZÓN
EXAMEN DE GIARDIA
EXAMEN DE PARVO
RASPADO DE PIEL
CITOLOGÍA DE OIDO

20% EN SERVICIOS DE CIRUGÍA

20% EN LIMPIEZA DENTAL

25% EN VISITAS DE EMERGENCIA (*) Sólo aplica en Miami Pet Emergency ubicada en la 11774 N. Kendall Drive, Miami FL 33186 - 305-273-8100

* OSHA las regulaciones que requieran de la eliminación adecuada de desechos y objetos punzocortantes. Esto incluye la eliminación de cualquier jeringa por lo cual se aplicará un cargo de \$ 6.95 cuando se genere estos tipos de residuos.

* La CHAPA de la RABIA y el certificado NO están incluidos en el Plan Médico y es responsabilidad del dueño de la o las mascotas.

* \$20.00 se cobrarán por la transferencia de historias médicas.

Servicios que NO cubren el Plan de Salud

- Emergencia después de las 6:00pm o en otras Clínicas
- Consultas con Especialistas
- Licencias del condado (Chapas de Rabia, Certificados de Viaje)
- Alimentos de Prescripción
- Test de Leucemia y Vacuna de Leucemia Felina
- Vacuna de Leptospirosis

La membresía del PLAN MÉDICO NO es transferible de una mascota a otra, pero SI se puede transferir la mascota a un Nuevo Dueño con la debida autorización. EL PLAN MÉDICO NO TIENE DEVOLUCIÓN. Se le recomienda que haga sus citas de rutina y/o visitas de chequeo que no sean emergencias con la anterioridad para poder brindarle un excelente servicio.

El horario habitual es:

LUNES a VIERNES	9:00 AM - 6:00 PM
SABADOS	9:00 AM - 4:00 PM
DOMINGOS	CERRADOS

Yo autorizo a los veterinarios y personal médico a examinar, prescribir y/o trata a la mascota (s) que está inscrita bajo este plan de salud. Yo asumo la responsabilidad económica de todos los cargos que estén para el cuidado de esta mascota. Yo entiendo y acepto, que estos pagos deben hacerse en el momento en que la mascota reciba su tratamiento y que un depósito se hará en el momento en el que reciba un estimado y/o el tratamiento que he aceptado en cualquier eventualidad incluyendo una cirugía.

Firma del Dueño o Agente Encargado _____ Fecha _____

