



a pet . . . a special member of the family

PERFIL DEL PERRO

Nombre del perro: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Macho / Hembra

¿Cuándo y dónde obtuvo su perro? _____

A qué edad? _____

¿Ha sido operado para esterilizarlo? Si No

Raza: _____ Color / Marcas: _____

Vacunas: _____

¿Tiene Micro-chip insertado? Si No Chip #: _____

Compañía que lo instaló: _____

¿Tiene licencia de la ciudad? Si No Numero de Licencia: _____

Describe las características de su perro:

Calmado Juguetón Exaltado Tímido Defensivo Dominante Agresivo

Acostumbra a excavar?: Si No

¿Ha mordido a alguien? Si No

Explique: _____

¿Como reacciona ante otros perros?

Amistosamente Indiferente Agresivo Marca su territorio pero sin agresividad

(¿Posible de controlarlo con arreo?)

¿Como reacciona ante los gatos?

Amistosamente Indiferente Agresivo

¿Como reacciona ante los pájaros / ardillas / u otros animales mientras lo están caminando?

Amistosamente Indiferente Agresivo

¿Como se comporta ante los niños?:

Amistosamente Indiferente Agresivo

¿Como se comporta ante los adultos?:

Amistosamente Indiferente Agresivo

¿Hay algún miembro de su familia o vecino a quien su perro haga rechazo? _____

¿A que le teme su perro?. Haga un listado: _____

Ordenes de mando que su perro conoce. Especificar: _____

¿Obedece su perro cuando es llamado? Si No

¿Dónde guarda usted los artículos para el paseo de sus perros?(arreo, bolsas plásticas de basura, etc):

INSTRUCCIONES SOBRE LA ALIMENTACION DE LA MASCOTA:

PERFIL MEDICO DEL PERRO:

¿Está su perro tomando tratamiento preventivo para los parásitos?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Está su perro tomando tratamiento preventivo para las pulgas y garrapatas?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Padece de alguna alergia?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna condición médica pre-existente en la actualidad?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando algún medicamento?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Si usted respondió "Si" a alguna de estas cuatro preguntas, por favor detalle frecuencia y hora de la última aplicación:

Record de Vacunación:(Todos los perros deben tener sus vacunas actualizadas incluyendo: DHLPP, Bordatella, y Rabia). Es requerido pruebas por escrito.

Veterinario de su preferencia: _____ Tel # _____
Address: _____

Firma

Fecha

Es responsabilidad y obligación del dueño mantener a PSS al corriente de cualquier cambio en el comportamiento o la condición medica de la mascota.