

BADRAP Registration

WT _____ ST? Y / N

Surgery

**FOR
BADRAP
FILES****Microchip Sticker/Number**

staff: place sticker here

Dog's Name	Breed Type	Coat Color(s)
Male/Macho Female/Hembra	Approx Age: Approx Edad:	Date / Fecha de hoy

Reason for**today's visit:**

Motivo de la visita de hoy:

< Spay/Neuter / Cirugia de esterilizacion
< Microchip Dog training > / Entrenamiento >
< Rabies Vaccine > < DHPP Vaccines/Vacunas?
Vaccine Not sure/No lo se >

Dog Owner

Name / Nombre

Address / Dirección

City/State Ciudad/Estado / ZIP

IMPORTANT: Email Address

#1 PHONE

Contact me by TEXT / Prefiero el texto >

#2 PHONE

Contact me by TEXT / Prefiero el texto >

FACEBOOK NAME? This will help us find you if your
dog turns up lost and your phone is turned off.*Will you be waiting here for your dog?* ¿Quiere qui esperar a su per aqua? Yes/Si No*How long have you had this dog?*

¿Cuánto tiempo ha de propiedad de esta mascota?

What shots has your dog had before today?

¿Qué vacunas ha tenido su mascota antes de hoy?

Does your dog have any medical problems?

Illness or injuries? Bad reactions to shots in the past?

¿Tiene la mascota cualquieras problemas médicos?

¿Enfermedades o heridas? ¿Alergias a las vacunas en el pasado?

EMERGENCY CONTACT INFO

Facebook user? Yes No

Name / Nombre

Address / Dirección

Email Address

Best Phone #

TEAM CONTACT

Dog Owner: PLEASE SIGN BACK of FORM.

<input type="checkbox"/> Needs DHPP (UNDER 4 months old)	<input type="checkbox"/> Needs RABIES (OVER 4 months only)
#1 #2 #3 Booster <input type="checkbox"/> Check if not able to administer. (STAFF USE ONLY)	#1 #2 #3 Booster <input type="checkbox"/> Check if not able to administer. (STAFF USE ONLY)
<input type="checkbox"/> Needs DHPP (OVER four months old)	<input type="checkbox"/> Needs MICROCHIP
#1 #2 #3 Booster <input type="checkbox"/> Check if not able to administer. (STAFF USE ONLY)	<i>Please place sticker on front.</i> <input type="checkbox"/> Check if not able to administer. (STAFF USE ONLY)

PERMISSION TO GIVE VACCINES. Surgery waiver will be provided by lead veterinarian. I am the owner or the person responsible for the patient or patients described above and I have the authority to execute this consent. I hereby give BAD RAP and its authorized agents consent to give my dog vaccinations as requested by me. I understand that my dog will not be given a general examination prior to the administration of vaccines. I acknowledge that my dog is in good health and consent to the administration of vaccines. I have been informed and understand that any vaccination is attended by some risk and that it is not possible to guarantee no adverse effect from the administration of these vaccines and I am aware of the potential benefits and risks and complications associated with vaccinations. I have read and understand "Vaccination Information and Reactions" provided to me. Any questions about vaccinations have been answered to my satisfaction. I request that my dog be vaccinated and authorize BAD RAP to administer vaccinations. This agreement is in force indefinitely from this date unless I notify BAD RAP in writing to the contrary. Veterinary services are not provided at this event. I understand that if my dog requires further care beyond vaccinations, even if caused by a vaccine reaction, the dog must be transferred by me to a suitable hospital/clinic and I will be solely financially responsible for any and all veterinary care. I hereby waive any and all claims against the property owners on which this clinic is held, BAD RAP, its volunteers and agents, for any and all damages to myself, my dog(s), and my property which could possibly include the death of my dog(s).

PERMISO PARA ADMINISTRAR VACUNAS. El veterinario principal proporcionará una exención de cirugía. Yo soy el dueño o la persona responsable del paciente o pacientes descritos aquí y tengo la autoridad para ejecutar este consentimiento. Por este medio doy a BAD RAP y sus agentes oficiales el consentimiento de administrar las vacunas a mi perro como es solicitado por mí. Entiendo que mi perro no será dado un examen general antes de la administración de vacunas. Reconozco que mi perro está en buena salud y doy mi consentimiento a la administración de vacunas. He sido informado y entiendo que cualquier vacunación es asistida por un poco de riesgo y que no es posible garantizar ningún efecto adverso de la administración de estas vacunas y estoy consciente de las potenciales ventajas y riesgos y complicaciones asociadas con las vacunas. He leído y entiendo la "Información de Vacunación y Reacciones" proporcionado a mí. Cualquier pregunta sobre vacunaciones ha sido contestada a mi satisfacción. Solicito que mi perro sea vacunado y autorizo a BAD RAP para que administre las vacunas. Este acuerdo es vigente indefinidamente de esta fecha a menos que yo notifique a BAD RAP por escrito al contrario. Los servicios veterinarios no son proporcionados en esta "clínica de feria de vacunas." Entiendo que si mas adelante mi perro requiere cuidado más allá de vacunaciones, aun si causado por una reacción de vacuna, el perro debe ser transferido por mí a un hospital/ clínica conveniente y seré yo únicamente financieramente responsable de alguno y todo el cuidado veterinario. Por este medio renuncio a una o a todas las reclamaciones contra los dueños de propiedad en los cuales esta clínica es sostenida, a BAD RAP, sus voluntarios y agentes, por cualquier y todos los daños a mí, mi perro (s), y mi propiedad que podría incluir posiblemente la muerte de mi perro(s).

Owner Name

/// We will have a Paper Copy for you to sign at event. ///

Owner signature / Firme del dueño