

Petición para Animal de Asistencia y Reconocimiento de la Política

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del padre/Madre/Guardián _____

Nombre(s) del Proveedor de Cuidado Médico _____

Discapacidad/Incapacidad que requiere animal de asistencia _____

Tareas o apoyo que el animal de asistencia proveerá _____

Tipo de animal de asistencia _____

Nombre de animal de asistencia _____

Tipo de información pedida (escoge uno): carta firmada del proveedor de cuidado médico formulario de vivienda*

*Por favor, sujete el formulario requerido para el proveedor de cuidado médico cumplir si escoge "formulario de vivienda".

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA DE LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE SALEM CON RELACIÓN A ANIMALES DE ASISTENCIA Y LA LEY POR VIVIENDA JUSTA.

Firmado por _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____ Relación al paciente _____



Salem Pediatric Clinic
La Clínica Pediátrica de Salem

2478 13th Street SE
Salem, Oregon 97302
503-362-2481 · Phone
503-371-7803 · Fax
SalemPediatricClinic.com