

Fecha: _____

ID del Animal (Sólo para uso del personal)

Información sobre el Gato:

Nombre del Gato: _____

Raza: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento (si se sabe): _____

Sexo: Masculino Femenino

Castrado o Esterilizado: Sí No No se sabe

Quitado las garras: No Sólo las de adelante Las de adelante y las de atrás

Acerca de la historia de su gato:

¿Por cuánto tiempo ha vivido este gato con Ud.? _____

¿De dónde consiguió este gato? _____

Por favor explique por qué está renunciando a su custodia de este gato: _____

Acerca de los hábitos de su gato:

¿Dónde pasa la mayor parte del tiempo su gato?

Sólo adentro Sólo afuera Adentro y afuera Garaje/granero/cobertizo

¿Cuándo está adentro su gato? _____

¿Cuándo está afuera su gato? _____

Si su gato sale afuera, ¿de qué manera sale?

Puerta para gato Ventana El/la guardián le deja salir Otro: _____

Su gato es capaz de quedarse adentro siempre? _____

¿Se ha escapado de la casa su gato? Sí No

Si se ha escapado, por favor explique cómo: _____

¿En dónde duerme el gato por la noche? Adentro Afuera

¿Dónde? Con quién?

¿De qué marca es la comida de su gato?

Su gato come: Comida húmeda Comida seca Ambos Dieta especial/médica y qué tipo? _____

¿Con qué frecuencia come su gato? Una vez al día Dos veces al día Come cuando quiera

¿Qué son las golosinas favoritas de su gato?

¿Cuántos gatos viven con Ud.?

¿Cuántas cajas de arena sanitarias tiene en su casa?

¿Qué tipo de caja de arena sanitaria prefiere su gato?

Se limpia la caja de arena sanitaria...

Con pala:

- Diariamente
- Varias veces a la semana
- Semanalmente
- Menos de una vez a la semana
- Mensualmente
- Menos de una vez al mes
- Cuando huele mal

Desechando la arena:

- Diariamente
- Varias veces a la semana
- Semanalmente
- Menos de una vez a la semana
- Mensualmente
- Menos de una vez al mes
- Cuando huele mal

Limpiada completamente:

- Diariamente
- Varias veces a la semana
- Semanalmente
- Menos de una vez a la semana
- Mensualmente
- Menos de una vez al mes
- Cuando huele mal

¿Qué utiliza para limpiar la caja de arena sanitaria (blanqueador, pine sol, detergente, enzima, etc.)?

¿Dónde está ubicada la caja de arena sanitaria? *Marque todos los que aplican*

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Piso principal | <input type="checkbox"/> Cuarto del lavadero | <input type="checkbox"/> Baño |
| <input type="checkbox"/> Segundo piso | <input type="checkbox"/> Cocina | <input type="checkbox"/> Afuera |
| <input type="checkbox"/> Sótano | <input type="checkbox"/> En un armario | <input type="checkbox"/> Otro. Por favor especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dormitorio | <input type="checkbox"/> Debajo de un mueble | |
-

¿Hay olores o ruidos fuertes cerca de la caja de arena sanitaria de su gato? Sí No

Si los hay, por favor explique:

¿Está la comida de su gato/a cerca de su caja de arena sanitaria? Sí No

¿Su gato usa la caja de arena sanitaria frecuentemente? Sí No

Si no, ¿tiene problemas su gato con: Orinar afuera de la caja Defecar afuera de la caja Ambos

¿Bajo cuáles circunstancias es posible que su gato tenga un accidente?

Si el gato ha tenido problemas usando la caja sanitaria, ¿por cuánto tiempo?

Por favor describa el proceso de limpieza después de un accidente:

Acerca del Comportamiento de su Gato:

¿Cuál es el juego favorito de su gato? *Marque todos los que sean aplicables.*

- Juguetes de aire como Da' bird (El Pájaro)
 - Juguetes que se mueven y rebotan como bolas o ratones de juguete
 - Juguetes con hilo o juguetes como el "cat dancer"
 - Otro, por favor explique:
-

¿Juega su gato interactivamente con personas regularmente? Sí No

¿Cuántas veces al día juega su gato?

¿Usa su gato un poste para rascar? Sí No

¿Qué tipo de superficie prefiere rascar su gato? *Marque todos los que sean aplicables.*

- Árbol para gatos/poste para rascar
 - Tapizados
 - Superficies horizontales
 - Rascador de cartón
 - Madera
 - Otro:
 - Saltar/treparse encima de personas
 - Cortinas
 - Alfombra
 - Superficies verticales
-

El nivel de energía de este gato es: Bajo Mediano Extremadamente activo

Este gato es mayormente activo durante: El día La noche Ambos

¿De qué manera pide cariño su gato?

¿Quién es el compañero favorito de su gato?

¿Usualmente, de qué manera saluda su gato a desconocidos en la casa?

¿Su gato caza ratones u otros animales pequeños?

¿Su gato responde a órdenes o sabe trucos?

¿Su gato le deja a Ud. y/o a alguien levantarlo? Sí No

Si no, por favor explique la reacción de su gato cuando le levantan:

¿Su gato disfruta cuando le acarician? Sí No

Si no, por favor describa la reacción cuando le acarician:

¿Le molesta a su gato cuando le tocan en ciertas áreas de su cuerpo?

¿Cómo se comporta su gato en el veterinario?

¿Qué le causa a su gato estar nervioso, o qué le causa comportarse de una manera diferente de lo normal?

Marque todos los que sean aplicables.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hombres | <input type="checkbox"/> Estar en el auto | <input type="checkbox"/> Otros gatos |
| <input type="checkbox"/> Mujeres | <input type="checkbox"/> Transportador de gatos | <input type="checkbox"/> Truenos |
| <input type="checkbox"/> Niños | <input type="checkbox"/> Bañarle | <input type="checkbox"/> Ruidos fuertes/sirenas |
| <input type="checkbox"/> Desconocidos | <input type="checkbox"/> Cepillarle | <input type="checkbox"/> Otros animales: |
| <input type="checkbox"/> Ir al veterinario | <input type="checkbox"/> Cortarle las uñas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Cómo describiría a este gato en general? Marque todos los que sean aplicables.

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tranquilo | <input type="checkbox"/> Tierno | <input type="checkbox"/> Temeroso |
| <input type="checkbox"/> Amigable | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> Confiado |
| <input type="checkbox"/> Juguetón | <input type="checkbox"/> Extrovertido | <input type="checkbox"/> Dependiente |
| <input type="checkbox"/> Curioso | <input type="checkbox"/> Distante | <input type="checkbox"/> Independiente |
| <input type="checkbox"/> Expresivo | <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Dónde busca su gato comodidad?: Marque todos los que sean aplicables.

- Lugares altos (Como la superficie de una estantería)
- Lugares bajos (Como debajo del sofá)
- Otro: _____
-

¿Tiene miedo de algo su gato? ¿De qué?

¿Ha trabajado con un especialista de comportamiento u otro profesional con respecto al comportamiento de su gato? Sí No

Si ha trabajado con alguien, por favor explique:

¿Tiene experiencia su gato con niños? Sí No

¿Ud. recomendaría que su gato viva con niños? Sí No

Por favor explique por qué o por qué no:

¿Tiene experiencia su gato con otros animales? Sí No

Por favor liste las especies de los otros animales:

Por favor cuéntenos si fue una interacción buena o no:

¿Ha sido destructivo en su casa su gato? Sí No

Si lo ha sido, por favor explique:

¿Continúa a suceder este tipo de comportamiento?

¿Cómo responde su gato a cambios en su vida?

¿Ha rasguñado su gato a Ud. o a alguien? Sí No

Si ha rasguñado, por favor explique el(los) incidente(s):

¿Ha mordido su gato a Ud. o a alguien? Sí No

Si ha mordido, por favor explique el(los) incidente(s):

¿La mordedura penetró la piel? Sí No

¿Ha mordido su gato a alguien penetrándole la piel en los últimos 10 días? Sí No

Si ha mordido, por favor escriba la fecha del incidente:

La mordida causó:

- Ningún daño
- Moretones/hinchazón/enrojecimiento/picadura
- Una penetración singular que no requería atención médica
- Múltiples penetraciones que no requerían atención médica
- Penetraciones que requerían puntos e intervención médica

¿Ha demostrado su gato otro tipo de agresión contra Ud. o alguien? Sí No

Si ha demostrado agresión, por favor explique:

Acerca de la salud de su gato:

¿Su gato tiene vacunas actualizadas?

¿Cuál es el nombre de su clínica veterinaria?

¿Tiene su gato algún problema médico? Sí No

Si tiene alguno, por favor explique:

En los últimos 30 días, ¿ha tenido su gato uno de los siguientes?:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Estornudos | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina |
| <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Dificultad orinando |

¿Tiene su gato alergias de piel? Sí No

Si tiene, ¿cuáles son los síntomas?

Si tiene, indique si son controladas por: Una dieta especial Medicamentos de receta No controladas

Si las alergias de piel no están controladas, ¿ha buscado una solución?

Explique por favor:

¿Ha sido su gato diagnosticado con una infección del tracto urinario? Sí No

Si ha sido diagnosticado, ¿cuál fue el resultado?

¿Padece de convulsiones su gato? Sí No

Si padece de ellas, ¿están controladas por medicamentos? (Por favor escriba el nombre y la dosis del medicamento)

Si las convulsiones no están controladas, ¿qué medidas ha intentado para tratar esta condición?

Por favor describa el hogar ideal que desearía para este gato:

Por favor explique cualquier comportamiento que el/la nuevo/a adoptante debería saber, y bajo cuáles circunstancias podría ocurrir. (Ejemplo: Arañar muebles, vocalización excesiva, jugar de manera inapropiada):

Por favor utilice el espacio a continuación para cualquier información adicional que quiera compartir acerca de su gato: