

**Antecedentes clínicos del paciente:** QM 1.2.1(KZ1) ; 1.2.2(KZ1)

Nombre y apellidos del paciente:			
Fecha de nacimiento:			
Seguro médico:			
Dirección:			
Altura y peso:			
Teléfono y correo electrónico:			
Profesión:			
Médico de cabecera:			
¿De qué manera llegó usted a contratarnos? (Internet, recomendación, etc.)			
¿Qué tipo de dolores tiene?			
<b>¿Presenta usted alguna de las siguientes enfermedades?</b>			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>
Disfunción de tiroides	<input type="checkbox"/>	Rheúma	<input type="checkbox"/>
Disfunción hepática	<input type="checkbox"/>	Varices	<input type="checkbox"/>
Disfunción renal	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Otras (SIDA, Hepatitis):	
<b>¿Toma medicamentos regularmente?</b>		<b>En caso afirmativo ¿Qué medicamentos y en qué dosis?:</b>	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
<b>¿Tiene alguna alergia o intolerancia a algún medicamento?</b>		<b>En caso afirmativo ¿Cuales?</b>	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
<b>¿Qué operaciones ha tenido hasta el momento? Indique también la fecha.</b>			
1.		2.	
3.		4.	
<b>Doy mi consentimiento para que mis datos medicos sean guardados en el sistema "Recall". El software está regularmente administrado por nuestros socios, por lo cual es imprescindible que los empleados de dicha empresa tengan acceso a los datos para procesarlos. La ley de protección de datos sera respetada.</b>			

Firma / Nombre:

Fecha: