



Fecha: _____

Nombre: _____

Genero: Masc.: _____ Fem.: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Correo Electrónico: _____

Quiero recibir información y avisos por correo electrónico Si _____ No _____

Dirección: _____

Telefono Casa: _____ **Tel. Oficina:** _____

Telefono Cel.: _____

Razón de su visita: (en que le ayudamos)

Tipo de Trabajo que Realiza: _____

Operaciones que le han realizado y fechas: _____

Le han realizado a usted algún transplante, implante y/o prótesis? (En caso afirmativo favor de especificar).

Sigue en siguiente página...

Es alérgica(o) a algún medicamento y/o alimento? (En caso afirmativo favor de especificar).

Enfermedades Importantes: (especificar)

Medicamentos que toma actualmente:

¿Hace Ejercicio con regularidad?:

Fuma	
------	--

Presión Alta	
Presión Baja	

Hipertiroidism	
Hipotiroidismo	

Firma y fecha

En caso de menor de edad favor de poner nombre, firma y fecha del responsable legal.