

Nombre y Apellidos: _____ N.I.F./N.I.E.: _____
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ ¿Tiene Seguridad Social? Sí No

1. Datos de interés

1.1. ¿Cuánto pesa? _____ Kg. 1.2. ¿Cuánto mide? _____ Cm.
 1.3. ¿Fuma? Sí No 1.4. ¿Bebe alcohol? Sí No 1.5. ¿Toma alguna droga? Sí No

Realice una breve descripción sobre las respuestas afirmativas indicando el tipo y cantidad consumida.

2. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas de forma persistente, periódica o reiterada?:

2.1. Dolores de cabeza, dolor abdominal, dolores de espalda o articulares, debilidad o pérdida de fuerza, parálisis. Sí No
 2.2. Mareos, síncope, convulsiones, visión borrosa o pérdida de visión, hormigueos o adormecimiento de alguna zona corporal. Sí No
 2.3. Vómitos, diarrea, ahogo o sensación de falta de aire, disnea, cansancio. Sí No
 3. ¿Ha sido atendido o ha estado ingresado alguna vez en un hospital o está pendiente de hacerlo para algún diagnóstico o tratamiento médico, ha sido intervenido quirúrgicamente en alguna ocasión o tiene previsto hacerlo? Sí No

No es preciso reflejar algunas intervenciones señaladas a continuación, salvo que presente secuelas o complicaciones de las mismas: Amigdalectomía (operación de anginas), adenoidectomía (vegetaciones), apendicectomía, extracción dentaria, fimosis, vasectomía, ligadura de trompas, intervenciones por quistes sebáceos o epidermoides, lipomas. En caso afirmativo, indique fecha, tipo de ingreso o intervención quirúrgica y secuelas.

4. Por favor, indique si padece o ha padecido alguna enfermedad de las que a continuación se refieren:

No es preciso reflejar enfermedades habituales y de corta duración como catarros, gripes, amigdalitis, faringitis, etc..., salvo que sean frecuentes o reiteradas o con secuelas

4.1. DEL SISTEMA CARDIO-VASCULAR (como por ejemplo: hipertensión arterial, angina/infartos, arritmias, accidentes cerebrovasculares o ictus, trombosis o embolias, varices u otras enfermedades cardíacas o vasculares). Sí No
 4.2. DEL APARATO RESPIRATORIO (como por ejemplo: bronquitis, neumonía, asma, alergia, enfisema u otras enfermedades respiratorias). Sí No
 4.3. METABÓLICAS (del Sistema Endocrino) (como por ejemplo: diabetes, enfermedades de glándulas endocrinas como tiroides, suprarrenales, paratiroides e hipófisis u otras enfermedades del sistema endocrino). Sí No
 4.4. DEL APARATO DIGESTIVO (como por ejemplo: úlceras gastroduodenales, litiasis "piedras", cólicos, hernias, divertículos, colitis, cálculos en vía biliar u otras enfermedades del aparato digestivo) Sí No
 4.5. REUMATOLÓGICAS, ÓSEAS O MUSCULARES (como por ejemplo: enfermedades reumáticas, artrosis, lesiones en columna/rodilla, hernias u otras enfermedades articulares, óseas o musculares). Sí No
 4.6. DEL SISTEMA NERVIOSO, DE LOS OJOS O DE LOS OÍDOS (como por ejemplo: parkinson, alzheimer, epilepsia, demencia, ceguera, cataratas, miopía, pérdida de audición u otras enfermedades nerviosas, neurológicas, del oído o de los ojos). Sí No
 4.7. HEMATOLÓGICAS O DE LA COAGULACION DE LA SANGRE (como por ejemplo: afecciones o enfermedades sanguíneas que generen anemias, alteraciones de glóbulos rojos, blancos, plaquetas o que generen trombosis, embolias o hemorragias). Sí No
 4.8. DEL APARATO UROGENITAL O ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS (como por ejemplo: litiasis renal, cólico nefrítico, insuficiencia renal, miomas, abortos, quistes, otras enfermedades ginecológicas o del aparato urogenital). Sí No
 4.9. ENFERMEDADES INFECCIOSAS (como por ejemplo: portador del VIH, hepatitis, tuberculosis u otras enfermedades infecciosas). Sí No
 4.10. DERMATOLÓGICAS (como por ejemplo: nevus, psoriasis, dermatitis, atopias u otras enfermedades dermatológicas). Sí No
 4.11. ENFERMEDADES CONGENITAS Y/O HEREDITARIAS Sí No
 4.12. PSIQUIÁTRICAS (como por ejemplo: anorexia, bulimia, depresión, ansiedad, esquizofrenia u otras enfermedades mentales o nerviosas). Sí No
 4.13. ENFERMEDADES CRÓNICAS U OTRAS DE CUALQUIER TIPO NO INCLUIDAS EN LOS APARTADOS ANTERIORES Sí No

En caso afirmativo, indique aquí los procesos declarados:

