

APELLIDO Y NOMBRE .....

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO .....

FECHA DE NACIMIENTO .....

GRUPO Y FACTOR Rh .....

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD**

	SÍ	NO
DIABETES		
HIPERTENSIÓN		
ASMA		
CONVULSIONES		
HIPOTIROIDISMO		

**OTRAS**

¿CUÁLES? .....

**ALERGIAS** (tachar lo que no corresponda)

SÍ

NO

¿CUÁLES? .....

Patología Traumatológica actual:

SÍ

NO

¿CUÁLES? .....

Patología Traumatológica anterior:

SÍ

NO

Limitación Funcional:

SÍ

NO

Debe tomar medicamentos:

SÍ

NO

¿Cuál/es? .....

Dosis Diaria: .....

**Declaro que los datos informados son verídicos:**

Firma .....

Aclaración .....