

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 ENFERMEADES GINECOLÓGICAS (como por ejemplo: litiasis renal, cólico nefrítico, insuficiencia renal, miomas, abortos, quistes, otras enfermedades ginecológicas o del aparato urogenital). Sí No
 4.9. ENFERMEADES 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. ENFERMEADES 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. ENFERMEADES CRÓNICAS U OTRAS DE CUALQUIER TIPO NO INCLUIDAS EN LOS APARTADOS ANTERIORES Sí No

En caso afirmativo, indique aquí los procesos declarados:



