

Cuestionario sobre su salud.

| Síntomas | Si | No | Notas |
|-------------------------------|----|----|-------|
| Operaciones y accidentes | | | |
| Cambio de peso excesivo | | | |
| Enfermedades | | | |
| Fiebre | | | |
| Problemas en la vista | | | |
| Dolor de cabeza / Migraña | | | |
| Vómitos | | | |
| Nauseas | | | |
| Mareos / Vértigo | | | |
| Hormigueo en brazos y piernas | | | |
| Taquicardia | | | |
| Tension alta | | | |
| Tos crónica o productiva | | | |
| Problemas digestivos | | | |
| Cambios de frecuencia orinar | | | |
| Sangre en orina o heces | | | |
| Depresión / Ansiedad | | | |
| Menopausia | | | |
| Otros problemas | | | |

Declaro que he informado exactamente sobre mi estado de salud.

Firma D/D^a.....Firma

Fecha:.....

Según lo dispuesto en el artículo 5.1 de la ley de protección de datos de carácter personal, se informa a los interesados:

1. de la existencia de un fichero para el tratamiento de datos de carácter personal.
2. de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y oposición.
3. el responsable del fichero es Quiropráctica Montgó, con domicilio en Javea.

Quiropráctica Montgó

| | |
|----------------------|---------------|
| Nº Ficha: | Fecha: |
| Nombre: | DNI: |
| Apellidos: | Hijos: |
| Dirección: | Estado civil: |
| Localidad: | Edad: |
| Fecha de nacimiento: | |
| Tel. casa: | |
| Tel. móvil: | |
| Tel.Trabajo: | |
| Profesión: | |
| Recomendación: | |
| Correo electrónico: | |

Problema(s) principal(es):

Señale donde tiene dolor o molestia en los dibujos de abajo:

