

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:

