



FECHA:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

TELÉFONO O CORREO DE CONTACTO:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES EN FAMILIARES CONSANGUINEOS (MADRE, PADRE, HERMANOS, ABUELOS):

TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL (OFICINA, ESFUERZOS FISICOS, PERIODOS LARGOS MANEJANDO, ETC.):

MANO DOMINANTE (DIESTRO O ZURDO):

ACTIVIDADES DEPORTIVAS QUE REALICE O HAYA REALIZADO DE FORMA REGULAR:

TABAQUISMO INCLUYENDO NUMERO DE CIGARRILOS POR DIA Y TIEMPO DE INICIO:

ALERGIAS:

PESO ACTUAL:

ENFERMEDADES DE IMPORTANCIA Y USO DE MEDICAMENTOS (ANOTAR NOMBRE DE MEDICAMENTOS):

CIRUGÍAS:

FRACTURAS O LESIONES DE IMPORTANCIA:

PRINCIPAL ZONA DE DOLOR:

CLIME (CLINICA INTEGRAL MUSCULOESQUELETICO), con domicilio en Av. 16 de septiembre #955 Col Centro. CP 91700 Veracruz, Ver. Utilizará sus datos personales recabados para brindarle atención Médica, valoración, estudios, tratamientos no invasivos e invasivos; también se podrán utilizar sus datos para actividades de enseñanza e investigación médica. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página en internet drchavezcadena.com