

**FORMULARIO DE CONSULTA PREVIA para el servicio terapéutico**

Nombre	
Dirección	
Telefono	
Correo E:	
Fecha de Nacimiento	
Trabajo	

¿Usted tiene algun implante?	SI / NO	Usted ha tenido alguna cirugía ?	SI / NO Cuando?
Usted Fuma?	SI / NO	¿Hace ejercicio regularmente?	
<b>HISTORIAL MÉDICO: ¿Tiene usted o está actualmente afectado por alguno de los siguientes (marque con un círculo y dé detalles a continuación):</b>			

<b>Circulatorio/ Cardiovascular</b>	<b>Marque con un círculo: afección cardíaca / trombosis / presión arterial alta / baja / varices / colesterol alto / anemia / hemorroides / accidente cerebrovascular / marcapasos / presión arterial alta / medicación anticoagulante / otros (escribir):</b>		
<b>Trastornos del sistema endocrino</b>	<b>Haga un círculo: problemas de tiroides / diabetes / enfermedad renal / trastorno suprarrenal / síndrome de Cushing / osteoporosis / otro (escriba)</b>		
<b>Trastornos del sistema respiratorio</b>	<b>Marque con un círculo: Asma / COPD / Bronquitis / Enfisema / Laringitis / Amigdalitis / TB / Gripe / Cáncer de pulmón / otro (escriba):</b>		
<b>Trastorno del sistema nervioso:</b>	<b>Marque con un círculo: epilepsia / esclerosis múltiple / enfermedad de Parkinson / enfermedad de la neurona motora / nervios inflamados (parálisis de Bell) / disco deslizado / migraña / depresión / insomnio / ansiedad / dolores de cabeza / EM o síndrome de fatiga crónica / estrés / otros (escriba :)</b>		
<b>Trastorno de la piel:</b>	<b>Haga un círculo: adelgazamiento de la piel especialmente en la cara / acné / psoriasis / dermatitis / eczema / cáncer de piel / otro (escriba):</b>		
<b>¿Está siendo tratado o ha sido tratado con:</b>	<b>Esteroides orales</b>  SI / NO	<b>Esteroides tópicos</b>  YES / NO	<b>En caso afirmativo: ¿para qué / zona afectada?</b>
<b>Detalles de cualquier condición (médica o de otro tipo) que no se haya mencionado anteriormente</b>			

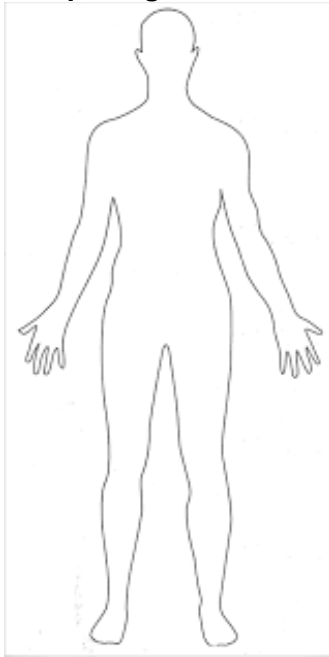
¿Qué medicamento está tomando actualmente?

**PARA TRATAMIENTOS ANTI-DOLOR / PHISIOTERÁPIA**

En escala de 1 a 10, la 10 siendo el dolor peor, que nivel de dolor siente actualmente

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10+

Indique lugares de dolor en su cuerpo:



Confirмо que soy mayor de 18 años. He respondido todas las preguntas anteriores según mi mejor conocimiento y para actualizar a mi terapeuta sobre cualquier cambio en mi estado de salud:

Firma del cliente: (fecha)

Firma del terapeuta: (fecha)

Le informamos que, de conformidad con la ley organica 15 / 1999 de Protección de Datos Personales y a través de la cumplimentación del presente formulario, UD. Presta su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales facilitados, que serán incorporados al fichero de clientes cuzas finalidades son: Control de su tratamiento. Relación comercial y envío de información sobre productos y servicios.

Igualmente le informamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición establecidos en dicha ley mediante comunicación nuestro centro en El Medano, Granadilla de Abona.