

DATOS PERSONALES.

APELLIDOS _____ NOMBRE _____

D.N.I. _____ SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____

C.P. _____ PROVINCIA _____ TELÉFONO _____

DATOS MÉDICOS.

ALERGIAS _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS _____

MEDICACIÓN _____

ENFERMEDADES _____

¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE DE TRÁFICO? _____

DECLARACIÓN DE LA VERACIDAD DE LOS DATOS POR LOS REPRESENTANTES LEGALES.

NOMBRE _____ NOMBRE _____

DNI. _____ DNI. _____

Fdo. _____ Fdo. _____

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos obtenidos mediante la cumplimentación del presente formulario van a ser tratados y quedarán incorporados a los ficheros responsabilidad del CENTRO DE FISIOTERAPIA JORGE MONTERO. El hecho de utilizar el formulario de consulta implica que expresa su consentimiento para que los datos suministrados queden incorporados a un fichero automatizado titularidad del CENTRO DE FISIOTERAPIA JORGE MONTERO. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, dirigiendo un escrito a JORGE MONTERO CÁMARA, C/ Real 22 Bajo. 15402 Ferrol.