



## FORMULARIO DE FILIACIÓN PARA PACIENTE NUEVO

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

Nº DNI Ó NIE

CÍA. DE SEGURO MÉDICO

LUGAR DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

DIRECCIÓN CALLE/AVENIDA/PLAZA, Nº

CÓDIGO POSTAL

CIUDAD

PROVINCIA

TELÉF. MÓVIL

TELÉF. FIJO

E-MAIL

### SÓLO PARA PACIENTES DE MUTUAS DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES:

PROFESIÓN

NOMBRE DE EMPRESA PARA LA QUE TRABAJA

### DATOS MÉDICOS

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN  
MEDICAMENTO?

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE A CUÁL O CUÁLES:

NO

SÍ

¿TIENE ALGUNA OTRA ALERGIA?

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE CUÁL O CUÁLES:

NO

SÍ

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO  
EN LA ACTUALIDAD?

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE CUÁL O CUÁLES:

NO

SÍ

¿TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS? (AUNQUE ESTÉN CONTROLADAS CON MEDICACIÓN)

HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL

DIABETES

CARDIOPATÍA

BRONCONEUMOPATÍA  
CRÓNICA

GASTRITIS O HERNIA DE  
HIATO CON REFLUJO

INSUFICIENCIA RENAL

INSUFICIENCIA HEPÁTICA

HEPATITIS CRÓNICA

VIH +

¿LE HAN INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE  
EN ALGUNA OCASIÓN?

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE LAS  
INTERVENCIONES Y LA FECHA APROXIMADA:

NO

SÍ

Firmado:

Fecha