**Nombre y Apellidos:** …………………………………………………………………………………………………………

**Domicilio:** ………………………………………………………………………………………………….……………………..

**Teléfono:** ………………………………….…. **Email:** ……………………………………………….……………………..

**Alergias:** …………………………………………………………………………………………………………………….…….

**Antecedentes médicos familiares:** ……………………………………………………………..……………………

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

**Antecedentes médicos personales:** ………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………….……….………………………………….

**Enfermedades que padece en la actualidad:** …………………………………………………………..…….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

**Tratamientos que sigue (Fármaco/Dosis/Posología):** …………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

**Otra información que considere de interés:** ……………………………………………………………..….…

………………………………………………………………………………………….……………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

Código HTML del formulario de Google para insertar en la página de la consulta online en español

<iframe src="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfORNGKjluY6NBtM\_zYjQ2T4J5Nql\_EdtWCvDK03KQ\_YJXEKg/viewform?embedded=true" width="760" height="500" frameborder="0" marginheight="0" marginwidth="0">Cargando...</iframe>