DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

Rellenar, por favor, los espacios en blanco con los datos personales:

FECHA: NHC:

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

FECHA NACIMIENTO:

EDAD ACTUAL:

DNI PACIENTE:

ESTUDIOS:

PROFESIÓN:

ESTADO CIVIL:

¿TIENE HIJOS/AS? O SI O NO

¿CUANTÓS?(enumere cronológicamente indicando edad y sexo de los mismos)

DIRECCIÓN: POBLACIÓN:

TELÉFONO DE CASA: MÓVIL:

E-MAIL:

¿CÓMO ME HAS CONOCIDO?

¿CUÁL ES TU PRINCIPAL MOTIVO DE CONSULTA?

*De acuerdo con lo que dispone la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter personal 15/1999, los datos personales recogidos serán objeto de tratamiento automatizado e incorporados a los correspondientes ficheros de PACIENTES y Os COMMERCE-WEB del que es responsable PATRICIA SANCHEZ BERENGUEL y serán objeto de tratamiento para gestionar y mantener la relación de prestación de servicios con PATRICIA SANCHEZ BERENGUEL.*

*La recogida y tratamiento de los datos personales tiene como objeto la gestión comercial de la empresa.*

*Sus datos personales serán tratados de forma confidencial y no serán cedidos a terceras personas públicas o privadas sin su consentimiento o si no lo autoriza una ley. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por correo postal a la Plaza Lluís perpinyà, 8 2º Despatx 2 de GRanollers (08401), tal y como establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.*

FIRMA: