

Fecha: _____

Nombre: _____ Apellidos: _____

Dirección: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Edad: ____ Fecha de Nacimiento: _____ Tf. fijo: _____ Tf. móvil: _____

E-mail: _____

¿Tiene alguna enfermedad? ¿Cuál?	
¿Toma alguna medicación? ¿Cuál?	
¿Tiene alguna alergia?	
¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista? *Hace menos de un año *Hace 1 o 2 años *Hace más de 3 años	¿Como nos ha conocido? *Otro paciente *Sociedad médica ¿cuál? *Internet *Páginas amarillas *Otros _____

CLÁUSULA RECOGIDA DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos, LA EMPRESA informa que los datos personales facilitados a través del presente formulario, serán incorporados en un fichero de PSICODENTAL MADRID S.L. y ser tratados de manera automatizada.

El abajo firmante da su consentimiento para ser incluido en el mencionado fichero, haciéndose responsable de la veracidad de los mismos y de las modificaciones que sufran en el futuro.

La finalidad del fichero es servir como soporte de información a la gestión fiscal, administrativa, comercial y contable de LA EMPRESA.

Si lo desea, puede dirigirse a LA EMPRESA, domiciliada en la c/ Ppe. De Vergara 253, de Madrid con el fin de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

FIRMA DEL INTERESADO :