I.- DATOS PERSONALES

Nombre: _____

Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad:___

Lugar y país de nacimiento: _____

Domicilio:
_____
_____

Teléfono: _____/_____/

Correo electrónico: _____

II.- DATOS FAMILIARES

PADRE:

Nombre:_____ Edad: ___

Profesión: _____

Nivel educativo: _____

Ocupación: _____

Nivel de ingreso: _____

MADRE:

Nombre: _____ Edad: ___

Profesión: _____

Nivel educativo: _____

Ocupación: _____

Nivel de ingreso: _____

HERMANOS:

1.- Nombre: _____ Edad: ___

Ocupación: _____

2.- Nombre: _____ Edad: ___

Ocupación: _____

3.- Nombre: _____ Edad: ___

Ocupación: _____

4.- Nombre: _____ Edad: ___

Ocupación: _____

5.- Nombre: _____ Edad: ___

Ocupación: _____

III.- EDUCACIÓN

Nivel educativo: _____ Institución: _____

¿Estudia actualmente? _____ De ser afirmativa la respuesta, ¿dónde?: _____

¿Ha repetido algún curso? ___ De ser afirmativa la respuesta, ¿cuál?: _____

IV.- DATOS MÉDICOS

¿Padece alguna enfermedad actualmente?
_____

¿Ha padecido alguna enfermedad en el pasado?
_____

¿Se ha sometido a alguna cirugía en el pasado? ___ ¿Por qué?
_____

¿Alguien en su familia ha padecido de cáncer? De ser así, ¿quién y de qué?
_____
_____

¿Sufre de alguna alergia? (incluyendo medicamentos)
_____

IV.- HÁBITOS

¿Fuma o ha fumado?
_____
_____

¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas?
_____

¿Consume o ha consumido drogas?
_____

¿Come comida chatarra con frecuencia?

_____