



Nombre Completo _____ Fecha de Nacimiento _____

Edad: _____ Género: M o F Seguro médico: _____

Dirección.

Calle y número _____ Colonia _____ Código Postal _____

Delegación _____ Ciudad _____ Teléfonos _____

Correo electrónico _____ Ocupación _____ Edo Civil _____

¿A quién agradecemos su amable referencia? _____

MEDICAMENTOS.

Favor de enlistar cualquier medicamento, incluyendo vitaminas, suplementos y las dosis que utiliza.

ALERGIAS

Mencione cualquier alergia que padezca a medicamentos o alimentos y el tipo de reacción que le genera

HISTORIA SOCIAL

Días a la semana que consume: Carne Roja ____ Carne Blanca ____ Frutas ____ Verduras ____

¿Es fumador? Si No Si lo es ¿Cuántos cigarros fuma al día? _____ ¿Desde cuándo? _____

¿Bebe alcohol? Si No Si bebe ¿Qué tan frecuente consume? _____ ¿Desde cuándo? _____

¿Usa alguna droga? Si No En caso afirmativo ¿Cuál utiliza? _____

¿Realiza ejercicio? Si No ¿Qué tipo de ejercicio? _____ ¿Algún Hobbie? _____

CIRUGÍAS

Mencione las cirugías que le han realizado y el año en que fueron realizadas

VACUNACIÓN

Enliste el año de última aplicación de las siguientes vacunas si las ha aplicado

Influenza (Gripe) _____ Neumonía _____ Varicela/Zoster _____ Hepatitis A/B _____

orl.cirugiafacial@gmail.com

www.narizoidogarganta.com



HISTORIA FAMILIAR Y PERSONAL

Coloque una marca en caso de que usted o algún familiar haya tenido cualquier enfermedad mencionada y enliste en el espacio el o los familiares que la han padecido o padezcan

Diabetes _____ Hipertensión _____

Cáncer (Enlistar tipo de cáncer) _____

Artritis _____ Enf. Neurológicas _____ Tiroides _____

Rinitis alérgica o asma _____ Problemas de audición _____

Otras _____

Razón de su visita del día de hoy:

Firma: _____



RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El **DR. ELÍAS RUBÉN LEGORRETA MARÍN** con domicilio en **PENNSYLVANIA 209, COLONIA NÁPOLES, DELEGACIÓN BENITO JUAREZ, C.P. 03810, MÉXICO, DISTRITO FEDERAL** es responsable del tratamiento de sus datos personales conforme a este aviso de privacidad.

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

Los datos personales en posesión del **DR. ELÍAS RUBÉN LEGORRETA MARÍN** serán utilizados para:

- 1.- Prestación de servicios médico-hospitalarios, incluyendo sin limitar hospitalización, cirugía, estudios diagnósticos, servicios farmacéuticos, análisis de laboratorio, radiología e imagen, estudios y análisis patológicos y demás fines relacionados con servicios de salud.
- 2.- Creación, estudio, análisis, actualización y conservación del expediente clínico.
- 3.- Facturación y cobranza por servicios.
- 4.- Análisis estadísticos y de mercado.

DATOS SENSIBLES

El **DR. ELÍAS RUBÉN LEGORRETA MARÍN** recabara y tratara datos sensibles, relacionados con el estado de salud, antecedentes e historial clínico, información sobre modo de vida y otros datos necesarios para los fines arriba señalados. Los datos personales sensibles serán mantenidos y tratados con estricta seguridad y confidencialidad para fines de prestación de servicios de salud conforme a este Aviso de Privacidad y la legislación reglamentos y normativa aplicable.

TRANSFERENCIA

Para la prestación de servicios el **DR. ELÍAS RUBÉN LEGORRETA MARÍN** puede transferir los datos personales en su posesión a terceros subcontratados para fines relacionados con los señalados en este avis. Dentro de estos se incluyen sin limitar laboratorios, clínicas, hospitales, centros de investigación, aseguradoras, autoridades o aquellos que el **DR. ELÍAS RUBÉN LEGORRETA MARÍN** considere necesario o conveniente comunicar los datos personales.

LIMITACION DE USO Y DIVULGACION DE DATOS PERSONALES

Para limitar el uso de sus datos personales, favor de enviar un correo electrónico a doctor.legorreta@gmail.com o notificación por escrito a **PENNSYLVANIA 209, COLONIA NÁPOLES, DELEGACIÓN BENITO JUAREZ, C.P. 03810, MÉXICO, DISTRITO FEDERAL** dirigida al **DR. ELÍAS RUBÉN LEGORRETA MARÍN** en el que se señale la limitación al uso de sus datos.

MEDIOS PARA REEVOCAR CONSENTIMIENTO

En cualquier momento puede solicitar la revocación del consentimiento otorgado al **DR. ELÍAS RUBÉN LEGORRETA MARÍN** para tratar sus datos personales enviando una solicitud por escrito dirigida al **DR. ELÍAS RUBÉN LEGORRETA MARÍN** por correo a la dirección doctor.legorreta@gmail.com o notificación por escrito al domicilio descrito en el encabezado en la que se detalle claramente los datos respecto de los que revoca su consentimiento.

orl.cirurgiafacial@gmail.com

www.narizoidogarganta.com