



Cuestionario Paciente OnLine CapMédica

El objetivo principal de este cuestionario es obtener una idea general sus características como paciente candidato a intervención quirúrgica y ofrecer información sobre sus necesidades particulares.

Cuando rellene este documento envíelo a la dirección electrónica info@capmedica.com y le contestaremos a la mayor brevedad posible.

Este cuestionario no sustituye a una correcta entrevista con el equipo de CapMédica y a una adecuada exploración física por parte del dermatólogo.

Fecha: _____ / _____ / _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____



Breve historia médica general y específica de caída de pelo

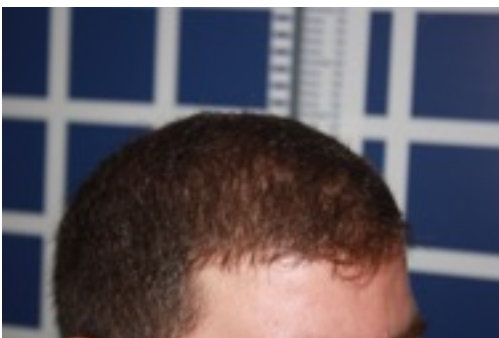
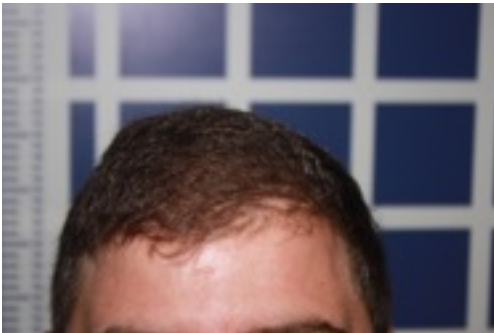
Por favor, redacte una breve historia de su pérdida de pelo o enfermedad (si es posible adjunte el último informe médico que valore su tipo de alopecia). Es importante recoger el diagnóstico de su enfermedad y los tratamientos realizados.

Historia médica general

Por favor, proporciónenos datos de su historial médico, incluyendo todas las patologías que padezca, intervenciones quirúrgicas anteriores, alergias y medicamentos que tome actualmente.

Fotos

Le rogamos que nos envíe un correo electrónico que incluya cinco fotografías en formato .jpg en las posiciones que ve en la imagen inferior a la dirección de correo electrónico info@capmedica.com



Cláusula legal: De conformidad con la Ley 15/99, Orgánica, de Protección de Datos, y normativa de desarrollo, le informamos que le asisten, en cuanto a sus datos, cuando procedente fuese, los derechos de acceso, cancelación, oposición y rectificación. A tal fin bastará nos envíe a esta misma dirección e-mail (usando para ello la que usted aportó como propia) fotocopia de su DNI o documento equivalente, o en persona o por correo postal tradicional, ante la dirección de nuestra sede en Las Palmas de Gran Canaria, detallada en nuestra web capmedica.com