



DATOS GENERALES DEL TITULAR.

Name (Nombre): _____ Age (Edad): _____

Address (Domicilio): _____

E-mail address: _____ Cell phone (número de celular) _____

Emergency contact (Contacto de emergencia): _____ Phone: _____

In your family is any history of Cancer, High Blood pressure, Diabetes or any other chronic illness (En su familia tienen antecedentes de Cancer, Hipertensión Arterial, Diabetes o algún otro padecimiento crónico)

Do you have any of these diseases? (Padece alguna de estas enfermedades)

Diabetes: YES NO SINCE WHEN (Desde cuando): _____

TREATMENT (Tratamiento): _____

High Blood Pressure: (Hipertensión) YES NO SINCE WHEN (Desde cuando): _____

TREATMENT (Tratamiento): _____

Heart troubles: (Problemas del corazón) YES NO SINCE WHEN (Desde cuando): _____

TREATMENT (Tratamiento): _____

ALLERGIES (Alergias): YES NO

NAME ALLERGIES: _____

ANOTHER ILLNESS: (Algún otro padecimiento)

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO 2.

Name (Nombre) _____ Age (Edad) _____

Cell phone (Celular) _____ Relationship (Parentesco) _____

Do you have any of these diseases? (Padece alguna de estas enfermedades)

Diabetes: YES NO SINCE WHEN (Desde cuando): _____

TREATMENT (Tratamiento): _____