

### **Anexo C: FICHA DEL PACIENTE**

Apellidos y nombre				Número ficha	
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Fecha de nacimiento		
Teléfono fijo			Teléfono móvil		
Correo electrónico					
Dirección					
DNI			SIP		
Persona de contacto	Nombre y apellidos. Teléfono.		Correo electrónico	Relación con el paciente @	
Medico atención primaria					
Enfermedades					
Alergias					
PRM					
Observaciones					