

Fecha: ____/____/____

Nombre y Apellido: _____

N.º de Asociado: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Antecedentes Familiares

Madre: _____

Padre: _____

Hermanos: _____

Antecedentes Personales

Quirúrgicos: _____

Ginecológicos: _____

Padecimiento de alguna enfermedad: _____

Tratamientos realizados para la obesidad: _____

Actividad Física Si No

¿Cuál?: _____

Tiempo: _____

Tabaquismo Si No

¿Cuántos?: _____

¿Desde qué edad?: _____

Medicación Actual: _____

Tóxicos: _____