|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Para uso exclusivo de recepción*** | | | |
| ***Número de Expediente:*** | |  |  |
|  |  |  |  |
| ***Fecha:*** |  | ${fecha\_inicio} |  |
|  | ***Día*** | ***Mes*** | ***Año*** |



¡Bienvenido a Cíclica! Para brindarle un mejor servicio, le pedimos nos proporcione los siguientes datos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Datos del Paciente*** | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ${paterno} |  |  | ${materno} |  | ${nombre} | | |
| ***Apellido Paterno*** | | | ***Apellido Materno*** | | | ***Nombre (s)*** | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ${edad} |  | ***Fecha de Nacimiento:*** | |  | ${fecha\_nacimiento} | |  |
|  | ***Edad*** |  |  |  | ***Día*** | ***Mes*** | | ***Año*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Lugar de Nacimiento:*** | | ${ciudad} | | ${estado} | |  |  |  |
|  |  | ***Ciudad*** | | ***Estado*** | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Dirección:*** | ${calle} | | | | ${num\_ext} |  | ${colonia} | |
|  | ***Calle*** | | | | ***Número Ext.*** | ***Número Int.*** | ***Colonia*** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ${cp} |  | ${ciudad} |  | ${estado} |  |  |  |
|  | ***Código Postal*** | | ***Municipio*** | | ***Estado*** | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ${edo\_civil} |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***Estado Civil*** | | ***Escolaridad*** | | ***Ocupación*** | | ***Religión*** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ${telefono} | |  |  |  | ${email} |  |  |
|  | ***Teléfono Particular*** | | ***Teléfono Móvil*** | | ***Correo electrónico*** | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Tiene seguro de gastos médicos mayores:*** | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Si | No |  | ¿Cuál? |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Datos de la pareja (Sólo si aplica)*** | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
| ***Apellido Paterno*** | | | ***Apellido Materno*** | | | ***Nombre (s)*** | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Edad*** | ***Ocupación*** | | ***Teléfono Móvil*** | | ***Correo electrónico*** | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Método de contacto*** | |  |  |  |  |  |  |  |
| A continuación, le pedimos nos indique por que medio conoció Cíclica: | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Recomendación:** | |  |  | ***Seleccione el tipo de recomendación:*** | |  |  |  |
|  |  | ***Si*** | ***No*** | ***Paciente*** | ***Médico*** | ***Hospital*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Especifique el nombre del Médico u Hospital que lo recomienda:*** | | | | |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Si su método de contacto no fue la recomendación, seleccione entre las siguientes:*** | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Facebook:*** |  |  | ***Instagram:*** |  |  | ***Folletos:*** |  |  |
|  | ***Si*** | ***No*** |  | ***Si*** | ***No*** |  | ***Si*** | ***No*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Página de Internet:*** | |  |  |  | ***Búsqueda en internet:*** | |  |  |
|  |  | ***Si*** | ***No*** |  |  |  | ***Si*** | ***No*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Usted puede consultar nuestro aviso de privacidad en: www.ciclicamed.mx*** | | | | | | | | |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Información Complementaria. Para ser llenada por el médico*** | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Lugar donde labora:*** | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Tiene hijos*** |  |  | ***Cuantos Hijos*** | |  |  |  |  |
|  | ***Si*** | ***No*** |  |  | ***Si*** | ***No*** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |