

PAS	Entidad
CIF	VARCHAR(10)
Nombre	VARCHAR(45)
Calle	VARCHAR(200)
Provincia	VARCHAR(50)
Poblacion	VARCHAR(100)
personaContacto	VARCHAR(200)
email	VARCHAR(200)
tipo	VARCHAR(45)
CP	INT(5)
Especialidades	MULTILINESTRING

MEDICO	Entidad
Id medico	INT
Nombre	VARCHAR(45)
Apellidos	VARCHAR(100)
Numero colegiado	INT
Telefono	INT(11)
Especialidad	MULTILINESTRING
Centro sanitario	MULTILINESTRING

CentroSantiario	Entidad
Calle	VARCHAR(200)
Provincia	VARCHAR(50)
Poblacion	VARCHAR(100)
personaContacto	VARCHAR(200)

email	VARCHAR(200)
CP	INT(5)
especialidades	MULTILINESTRING

CUADRO MEDICO	Entidad
Suscripción	VARCHAR(6)