**Colección Cliente (Historia médica):**

CI

usuario

clave

nombre

apellido

fecha de nacimiento

edad

tipo sanguíneo

estado civil

ocupación

origen

dirección

Teléfonos: []

Email

Peso

Estatura

Alergias

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

CARDIOVASCULARES ( ) SISTEMA OSEO ( ) PULMONARES ( ) NEUROLOGICAS ( ) RENALES ( ) CANCER ( ) GASTROINTESTINALES ( ) TUBERCULOSIS ( ) HEMATOLOGICAS ( ) DIABETES ( ) ENDOCRINAS ( ) HIPERTENSION ( )

**Antecedentes personales:** ALCOHOL, TABACO Y DROGAS.

**¿Realiza alguna actividad física?**

**Alimentación:**

Desayuno

Comida

Cena

**Empleado:**

Cedula

Nombre

Apellido

Contra

Cargo

Edad

Correo

Fecha nacimiento

Tratamientos: [

\_idTratamiento

Id Persona

CI Persona /\*\*/

Nombre tratamiento

Precio

Fecha Inic

Solvencia: boolean

Pagos: []

]

**Honorarios:**

idEmpleado

CIEmpleado

TotalTratamientos

TotalPorcentaje

TotalPagado

FechaInicio

FechaFin

**Citas:**

NombrePersona

Fecha

Hora