

**DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL PACIENTE**

**ALERGIAS CONOCIDAS:**

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

**MEDICACIÓN QUE TOMA HABITUALMENTE:**

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

**ANESTESIAS ANTERIORES:**

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

En Santander a ..... de .....de 20...

Firma del Paciente  
o del Responsable Legal (cuando por Ley proceda)

Firma del médico