

## FICHA DE DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO				
FECHA DE NACIMIENTO				
ESTATURA				
PESO				
¿TIENES CARIÉS?	NINGUNA	POCAS	VARIAS	
NECESITAS LENTES	SI	NO		
SUFRES DE OTITIS	SI	NO		
¿TIENES PROBLEMAS CON LA COLUMNA?	SI	NO	¿CUAL?	
TU AUDICIÓN ES NORMAL	SI	NO		