

## FICHA DE DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO						
FECHA DE NACIMIENTO						
ESTATURA						
PESO						
¿TIENES CARIES?	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			