



## DECLARACIÓN DE CONDICIÓN DE SAÚDE

Eu, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, coa finalidade de proporcionar ao servizo médico do centro a maior información posible sobre as miñas condicións de saúde para así facilitar unha correcta atención e seguimento do meu estado, DECLARO os seguintes datos:

<b>NÚMERO DE TARXETA SANITARIA</b> (exemplo: 123456 AB CD 7 890)		
<b>ALERXIAS A MEDICAMENTOS</b>		
<b>ALERXIAS/INTOLERANCIAS</b> (especificar tipo) <b>A ALIMENTOS</b> (Necesario aportar informe médico)		
<b>OUTRAS ALERXIAS/INTOLERANCIAS</b> (especificar tipo)		
<b>ENFERMIDADES/ TRASTORNOS ACTUAIS OU RECENTES</b> (tanto físicos coma psíquicos)		
<b>TRATAMENTOS ACTUAIS/ RECENTES</b> (calquera tipo de medicamento e periodicidade)		
<b>SEGUIMENTO ACTUAL POR MÉDICO ESPECIALISTA</b> (indicar especialidade e motivo)		
<b>ENFERMIDADES/TRASTORNOS E TRATAMENTOS PREVIOS RELEVANTES</b> (tanto físicos coma psíquicos)		
<b>OUTROS DATOS DE POSIBLE RELEVANCIA</b>		

Desexo ser citado polo servizo médico para complementar esta declaración de xeito presencial

Así mesmo, DECLARO ser consciente de que **non proporcionar os datos solicitados sobre as miñas condicións de saúde ou facelo de maneira incompleta pode ser relevante e repercutir na atención** por parte do servizo médico do centro, eximindo polo tanto ó mesmo de posibles consecuencias derivadas desta omisión de información. Ademais, se o servizo médico o considera necesario, **acepto acudir á consulta médica para confirmar ou completar esta información de xeito presencial así como aportar a documentación médica que me sexa solicitada posteriormente**.

\_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_

Asinado,

O/A residente (no caso de ser menor de idade, o/a seu pai/nai ou titor/a)