

ENCUESTA

Nombre.....

Apellidos.....

Fecha y lugar de nacimiento.....

Diagnóstico.....

Edad de aparición de los primeros síntomas.....

Fecha diagnóstico

¿Existen antecedentes familiares? ¿Qué grado de parentesco?.....

Otras patologías oculares.....

Enfermedades de la infancia.....

Enfermedades frecuentes.....

Enfermedades actuales (indicando también las de huesos, articulaciones,
circulatorias, cardiovasculares.....)

Tratamientos que sigue en la actualidad (para cualquier dolencia), de manera
continuada o esporádica.....

Peso..... Estatura..... Profesión.....

¿Fumador/a?..... ¿Bebedor/a?.....

OBSERVACIONES.....

- ADJUNTAR INFORME MÉDICO DE DIAGNÓSTICO

FIRMA:

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

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, sus datos están en el fichero "Socios", del que es responsable A.A.R.P.E. Este fichero tiene como finalidad gestionar los datos de las personas que se dirigen a AARPE con el fin de pertenecer a la Asociación. Estos datos pueden ser facilitados a las unidades de investigación en la materia. Si quiere ejercitar los derechos que le asisten dirija una comunicación escrita a los Responsables de Seguridad de A.A.R.P.E a Iturribide, nº 26 - Entreplanta - Dpto. 7 48006 BILBAO