

**1. Datos del cliente:** Cuando su cliente lo renueve basta con adjuntar, nombre, apellidos y peso actualizado.

Nombre y apellidos	SEXO	Patologías
Alergias y/o intolerancias alimenticias:	Medicamentos que tome y/o tratamiento:	
Usa prótesis dentaria?	Calidad de la visión:	Tiene problemas digestivos?
Antecedentes familiares?	Tiene problemas con la eliminación de heces?	y con la orina?
Objetivo dietético <b>CONTROL DE DIABETES</b>	Religión	Cirugías
		Móvil

**2- Calidad de vida:**

Hace Deporte? Cual?	Nivel	Donde come?	Quien cocina en casa?
Frecuencia con la que come fuera de casa	Bebe alcohol y con que frecuencia?		Fuma? Cigarrillos/día
Horas de sueño/día	Duerme siesta y cuanto?	Profesión:	Hijos a cargo

**3- Hábitos de alimentación:**

Condimentos favoritos	Cuanto líquido bebe al día?	Toma productos lácteos?	Consume frutas?
Y Verduras?	Platos o alimentos favoritos, 4 máximo.		
Platos o alimentos que jamás consumiría, 4 máximo:			
Picotea entre horas?	Cuanto?	A que hora suele cenar?.	¿Qué prefiere café, té, infusiones ó...?.

**4- DATOS TOTALMENTE NECESARIOS TOMADOS EN LA FARMACIA**

Peso medido	PESO ROPA	PESO NETO	ALTURA en cm	ASOCIACION DIABETICOS DE
T.A	Pulsaciones	Complexión	Edad	WHATSSAP O CORREO CLIENTE

**Observaciones** **SERVICIO GRATUITO POR LA COMPRA DE DIACHROM, DEBERA IR SELLADO O CON FOTO DEL TICKET DE COMPRA PARA SU VERIFICACION**

Autor de la entrevista:	En caso de prescripción, datos del facultativo:	Se adjunta informe o analítica?
-------------------------	---	---------------------------------

**6.-Datos de la Farmacia: Si ya es cliente sólo con el nombre**

TITULAR	C.I.F - N.I.F	MOVIL O FIJO
Dirección	Población	Distrito Postal
CC BANCARIO	E-mail FCIA	

**WHATSAPP 636584009 Adjuntar foto de solicitud o al  
WHATSAPP 603366437 Adjuntar foto solicitud  
E-mail :farmacatering@gmail.com**  
adjuntar solicitud escaneada

**IMPORTANTE Firma del cliente:**

**Firma o sello de la Farmacia:**

El plazo de entrega es de 48 horas, una vez recibidas. Apunte el tño o móvil del cliente para avisarle el momento de su recogida.

Al tratarse de servicios personalizados, recomendamos, realicen el cobro al paciente en el momento de su solicitud

Todos los datos aquí emitidos están protegidos por la Ley Orgánica 13/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal

FarmaGateing S.L como titular de los archivos inscritos en la agencia de protección de datos con el número de inscripción 2081640664, sólo autoriza el uso del de este cuestionario al personal de la farmacia, quedando éste contractualmente sujeto a la obligada privacidad y confidencialidad, frente a terceros siguiendo la normativa vigente.

