

TU FARMACIA TE CUIDA



1 DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos _____
 NIF _____
 Dirección _____
 Población _____
 CP _____ Provincia _____
 Fecha de nacimiento _____
 Teléfono fijo _____ Teléfono móvil _____
 e.mail _____
 Facebook Twitter

2 ¿CUÁNTAS PERSONAS CONVIVEN EN CASA?

0 1 2 3 + de 3

3 NÚMERO DE HIJOS Y EDAD

0 1 2 3 + de 3
 Edad hijo1 hijo2 hijo3 hijo4

4 ¿CON QUÉ FRECUENCIA SUELES IR A ESTA U OTRAS FARMACIAS?

Una vez a la semana Una vez cada quince días
 Una vez al mes Una vez cada dos meses
 Una vez cada tres meses Una vez cada seis meses

5 ¿CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PRODUCTOS SUELES COMPRAR CUANDO ACUDES A LA FARMACIA? (Elige cuatro)

Medicamentos Cosmética Higiene corporal
 Higiene dental Dietética Homeopatía
 Productos infantiles Otras

6 ¿ERES FUMADOR/A?

Sí No

7 ¿TE MAQUILLAS HABITUALMENTE?

Fines de semana Todos los días
 Nunca Número de días _____

8 ¿CUÁL DE ESTOS SERVICIOS DE ASESORAMIENTO TE PARECE MÁS INTERESANTE?

Cosmética Dejar de fumar
 Cuidado infantil Homeopatía
 Dietas y nutrición Medicina natural/herboristería

9 ¿PADECES DE ALGO?

Diabetes Colesterol
 Hipertensión Otros _____

10 ¿QUÉ PARTES DE TU ASPECTO CUIDAS MÁS?

Cabello Piel Peso
 Rostro Dientes Manos
 Pies Otros _____

11 ¿QUÉ HACES PARA CUIDAR TU SALUD? (Elige tres máximos)

Hago deporte habitualmente
 Leo cualquier información que caiga en mis manos
 Acudo al médico al menor síntoma de enfermedad
 Realizo analítica y chequeos periódicos
 Controlo mi alimentación
 Ninguna de las anteriores

12 ¿SOBRE QUÉ TEMAS TE GUSTARÍA RECIBIR INFORMACIÓN?

Cuidado de la vista Dietas personalizadas
 Fitoterapia Homeopatía
 Colesterol Otros
 Ninguna Indicar cual _____

13 ¿TIENES MASCOTA?

Sí No

De acuerdo con la normativa vigente de seguridad de datos personales, la Ley 15/1999 del 13 de Diciembre, le comunicamos que la información que ha facilitado a Farmacia M^a Dolores Monzón pasará a formar parte de los ficheros automatizados de Farmacia M^a Dolores Monzón cuya finalidad es la prestación de servicios relacionados con la salud. Puede ejercer los derechos de posición, acceso, rectificación y cancelación dirigiéndose por escrito a FARMACIA M^a DOLORES MONZÓN, C/ Los Gofiones, 23 Los Picachos - CP 35200 Telde, Gran Canaria, indicando claramente su nombre, apellidos y dirección. La aceptación del presente formulario autoriza a FARMACIA M^a DOLORES MONZÓN a tratar sus datos personales y cederlos a las empresas que integran el grupo. Farmacia M^a Dolores Monzón garantiza la