



## DOCUMENTO INFORMATIVO SANITARIO

Yo \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ he sido informado de las indicaciones a seguir en las distintas instalaciones del Balneario de Zujar.

Y declaro:

- No padecer ningún tipo de enfermedad.
- Estoy embarazada

Padezco algún tipo de enfermedad de los siguientes grupos:

- Reumatológicas
- Músculo-esqueléticas
- Hematológicas
- Endocrinológicas
- Respiratorias
- Del sistema nervioso
- Cardíacas
- Del sistema circulatorio
- Otras:

Firma: