📋 LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

☑ CUESTIONARIO DE SEGURIDAD

Por favor, responda a las siguientes preguntas marcando la opción correspondiente:
(☑ Sí / ✖ No)

Pregunta	Sí ☐	No ☐
¿Está embarazada o existe posibilidad de embarazo?	☐	☐
¿Tiene prótesis articulares, placas, tornillos u otro material metálico interno? ¿Dónde? Especifíquelo:	☐	☐

- ☑ **Declaro haber leído y comprendido la información anterior.**
- ☑ **Confirmo que las respuestas proporcionadas en el cuestionario son veraces.**
- ☑ **Me comprometo a seguir las indicaciones del personal sanitario.**

🗓️ **Fecha:** _____
🎂 **Fecha de nacimiento:** _____
📄 **Nombre y apellidos del paciente:** _____
🆔 **DNI/NIE/Pasaporte:** _____
✍️ **Firma del paciente:** _____
