



## Solicitud de Retiro

Retiro: \_\_\_\_\_ Retiro Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Numero de Casa: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Nombre de su contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Telefono de su contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Talle de zapatos: \_\_\_\_\_ Talle de Ropa (Sm, Med, Lg, XL, XXL): \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_

De donde escuchaste sobre Reel Recovery? \_\_\_\_\_

Donde recibes tu tratamiento? \_\_\_\_\_

Que tipo de cancer tienes: Fecha del diagnostico, y estado actual \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tienes alguna restriction fisica o necesidad especial?

\_\_\_\_\_

Tienes alguna dieta especial que seguir?

\_\_\_\_\_

Describe alguna informacion adicional de su condicion medica.

\_\_\_\_\_

Tienes alguna alergia que debemos saber?

\_\_\_\_\_

Alguna vez has asistido a un grupo de apoyo? \_Si/No \_\_\_\_\_ Si tu respuesta es si, por favor describe cual

\_\_\_\_\_

Sientete libre de compartirnos alguna informacion extra que debemos saber:

\_\_\_\_\_