

**RECOGIDA DE DATOS SALUD**

<b>TOMADOR</b>	<input type="text"/>		
<b>DOMICILIO</b>	<input type="text"/>		
<b>TELÉFONO</b>	<input type="text"/>	<b>E-MAIL</b>	<input type="text"/>

**ASEGURADOS**

<b>NOMBRE</b>	<b>DNI</b>	<b>SEXO</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>