

RECOGIDA DE DATOS SALUD

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

ASEGURADOS

NOMBRE	DNI	SEXO	FECHA NACIMIENTO
<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"/>