

Bienvenido a nuestro consultorio.

Le rogamos que dedique unos minutos a llenar este formulario. Toda información exacta que usted nos proporcione nos ayudará a evaluar su estado de salud y a prestarle el tratamiento médico más adecuado. También le pedimos que nos comunique todo cambio que se produzca en su historia clínica (nuevas alergias, enfermedades, medicamentos, etc.). Los datos que usted nos facilite serán tratados con discreción dentro de la confidencialidad médica, y sólo con su consentimiento podrán ser transmitidos a terceros.

Nuestro consultorio funciona por medio de citación. Sin embargo, los tratamientos imprevistos en pacientes con dolor suelen causar retrasos, por lo cual los turnos no siempre podrán cumplirse exactamente. En este caso pedimos su comprensión. Si usted se presenta como un paciente de emergencia sin turno, deberá prever un tiempo de espera. Si usted no puede acudir a una cita acordada con nosotros, le rogamos comunicarlo tan pronto como sea posible, a más tardar con 24 horas de anticipación, ya que de lo contrario se cobrará un arancel por incumplimiento de citas.

Datos personales

Apellido (paciente), Nombre

Fecha de nacimiento

Domicilio

Código postal, Lugar

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

Profesión

Empleador

Miembro asegurado/Pagador

Apellido (paciente), Nombre

Fecha de nacimiento

Domicilio

Código postal, Lugar

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

Profesión

Empleador

Seguro Médico

Caja de Previsión o Seguro Médico

Estoy asegurado en una caja de Seguro Médico obligatorio

Tengo un seguro privado

Estoy asegurado voluntariamente

Tengo un seguro adicional privado

Estoy asegurado en la tarifa básica

Estoy asegurado en la tarifa estándar

He elegido el reembolso según § 13 SGB

Tengo derecho a subvención

No estoy asegurado

Médico de cabecera

Nombre, dirección, teléfono

Historia clínica general

1. a) ¿Tiene o tuvo usted alguna de las siguientes enfermedades?

Asma (Dificultad respiratoria)	Si	No	Enfermedades de la sangre	Si	No	Enfermedades hepáticas	Si	No
Problemas de coagulación de la sangre	Si	No	Diabetes	Si	No	Hepatitis	Si	No
Enfermedades de la glándula tiroides	Si	No	Epilepsia	Si	No	Infección VIH	Si	No
Osteoporosis	Si	No	Reuma	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Tumor/ Carcinoma/ Cáncer	Si	No	¿Toma o ha tomado usted bifosfonatos?				Si	No

1.b) Reacciones alérgicas/Intolerancias

Medicamentos o materiales Si No Indíquelos

¿Tiene usted una cartilla de alergias? Si No

1.c) Infarto (Ataque al corazón)

¿Toma usted anticoagulantes? Si No Indíquelos

Derrame cerebral Si No

1.d) Presión sanguínea

baja normal alta valores

2. ¿Lleva usted un marcapasos cardíaco? Si No

3. ¿Toma usted algún medicamento regularmente? Si No Indíquelos

4. ¿Es usted fumador? Si No

5. ¿Está usted embarazada? Si No Es incierto ¿En qué semana de embarazo está usted?

6. ¿Rechina o apreta usted con los dientes? Si No

7. ¿Tiene usted problemas de encías? Si No

8. ¿Sufre usted de halitosis (mal aliento) o tiene usted un mal sabor en la boca? Si No

9. ¿Está usted satisfecho con la forma, el color y la posición de sus dientes? Si No

10. Otros datos importantes o enfermedades

11. ¿Tiene usted una cartilla de radiografías? Si No ¿Desea usted tener una? Si No

¿Cuándo fue tomada la última radiografía/tomografía? (Fecha/Parte del cuerpo)

12. ¿Desea usted hacer uso de nuestro servicio de recall? Si No

13. ¿Se ha hecho usted anteriormente una limpieza profesional de dientes, o bien tiene usted interés en un programa profiláctico de este tipo? Si No

14. ¿Cómo se enteró acerca de nosotros?

15. ¿Tiene usted alguna pregunta o deseo?

Con mi firma confirmo la integridad y autenticidad de mis datos. Asimismo declaro mi conformidad con el almacenamiento de mis datos personales.

Fecha

Firma