



## ZAHNARZT IM GLATT

### BIENVENIDOS A NUESTRO CONSULTORIO

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Profesion \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono privado \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Niños: nombre y apellido de la madre / del padre \_\_\_\_\_

Como descubrieron nuestro consultorio ? \_\_\_\_\_

#### La historia clinica

Algunas enfermedades requieren de un tratamiento dental especial por le que le pedimos rellenar el siguiente formulario.

Los datos seràn tratados con la mayor discreción medica.

#### Por que enfermedad es o fué tratado ?

	Si	No		Si	No
Enfermedades circulatorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene un documento de alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipersensibilidad al latex, metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis problemas hepáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presion baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema respiratorio / tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sida / VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haemophilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas inmunológicos ? _____		
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades: _____		
Toma anti coagulatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma medicamentos ? _____		
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuma ? cuanto ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es dependiente de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Està embarazada? (De cuantos meses _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de thyroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Està satisfecho con su sonrisa ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Qué le gustaría cambiar en sus dientes ?		
Epilepsia, ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Posicion de los dientes <input type="checkbox"/> Color de los dientes		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Forma de lo dientes		
Hipersensibilidad à medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Médico de familia / médico tratante \_\_\_\_\_

Agradecemos su cooperación.

Con mi firma confirmo, que estoy de acuerdo que el dentista transfiera los datos por archivos necesarios ccuenta, cobro y contabilidad a las personas que lo requieran.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_