

## NOTIFICACIÓN PARA ADULTOS

BIENVENIDOS EN NUESTRO CONSULTORIO!

### DATOS PERSONALES



Paciente (apellido, nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Esposo  Padre, Madre \_\_\_\_\_  
Asegurado (apellido, nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección Calle y número \_\_\_\_\_

Código postal y lugar de residencia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
Profesión \_\_\_\_\_  Empleado  Autónomo

Empresa \_\_\_\_\_ Calle y número \_\_\_\_\_

Código postal y lugar de \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Seguro de enfermedad \_\_\_\_\_  asegurado legal  voluntario  privado

Médico de cabecera o demás médicos, con los que está en tratamiento. \_\_\_\_\_

### PREGUNTAS SOBRE SU SALUD

Las siguientes preguntas sirven para aclarar riesgos. Le rogamos contestar estas preguntas precisamente a favor de su propia seguridad. Sus datos son objeto del secreto profesional de médicos. En caso de dudas, pregunte a nuestras auxiliares.

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sufre Vd. de enfermedades del corazón, de la circulación o vasculares? .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tiene Vd. enfermedades o anomalías de la sangre? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tiene Vd. diabetes? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Toma Vd. medicamentos regularmente? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso positivo, cuales _____  |                          |                          |
| 5. Tiene alergias? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso positivo, cuales _____  |                          |                          |
| 6. Tiene enfermedades del hígado? (hepatitis) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ha tenido tuberculosis? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tiene Vd. Sida? No sé .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tiene reumatismo? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Está embarazada? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tiene miedo del tratamiento médico? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ..... <input type="checkbox"/> un poco <input type="checkbox"/> bastante <input type="checkbox"/> muchísimo |                          |                          |
| 12. Tiene dolores? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Le da mucha importancia a un tratamiento con anestesia local? .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Tiene problemas con la mandíbula? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Le han hecho algún tratamiento ortodoncista? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Le sangra la encía? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Quién le recomendó nuestro consultorio o quién le mandó al mismo? _____                                 |                          |                          |
| 18. Quiere que le informemos sobre nuestro programa profiláctico? .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |