



## Historia clínica

Para ofrecerle un tratamiento dental óptimo necesitamos un poco de información de usted. Le pedimos que rellene este cuestionario lo más completo posible, para cualquier pregunta estaremos encantados de ayudarle. Toda la información está sujeta a la confidencialidad médica.

### Datos generales del paciente

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

#### Dirección

Calle, número: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Móvil: \_\_\_\_\_

### Información opcional

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Último dentista: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Última visita: \_\_\_\_\_

Ocupación / Empleado por: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Datos del seguro

Seguro obligatorio

Seguro voluntarios

Seguro privado (tarifa básica)

Seguro privado

Nombre de su seguro social: \_\_\_\_\_

Seguro familiar

Apellidos, nombres, fecha de nacimiento del titular del seguro: \_\_\_\_\_

### Historial médico

¿Está Usted actualmente bajo tratamiento médico? ..... Sí  No

¿Alguna vez ha tenido que una cirugía importante? ..... Sí  No

¿Alguna vez ha estado gravemente enfermo? ..... Sí  No

¿Está Usted actualmente un medicamento? ..... Sí  No

Si es así ¿cuál es/son? \_\_\_\_\_

### ¿Sufre de alguna de las siguientes enfermedades?

Reumatismo  Ictericia (Hepatitis)  Hipertensión

Tuberculosis  Enfermedades de transmisión sexual  Derrame cerebral/Embolia

Enfermedades del corazón  Asma, Rinitis alérgica/ fiebre del heno  Insuficiencia renal

SIDA, VIH +  Diabetes, Azúcar alta  Otros: \_\_\_\_\_

### ¿Ha presentado una reacción adversa (alergia) a los siguientes medicamentos?

Aspirina  Iodo  Sulfonamidas

Níquel  Oro  Penicilina

¿Sufre Usted de enfermedades agudas o crónicas de la circulación o del corazón? ..... Sí  No

Sólo mujeres: Tiene actualmente la sospecha de estar embarazada? ..... Sí  No

Sólo mujeres: Toma anticonceptivos orales (la píldora)? ..... Sí  No

Lugar, Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_