

Dr. Mirco Kmitta	<b>Internes Dokument</b>	Dok Nr. QS-ID-004
	<b>Anamnesbogen Spanisch</b>	Stand April 2023
		Revision 001

### Cuestionario de pacientes

Nombre:..... Asegurado principal:.....  
 Apellido: ..... Nacido el: .....  
 Esmalte..... Telefono (privado): .....  
 Profesion: ..... (Trabajo): .....  
 Medico de cabecera, telefono:.....

**Responda a las siguientes preguntas acerca de su salud posible con precision!** Las revelaciones son estrictamente confidenciales medica a los reglamentos de seguridad de las datos y se mantendra estrictamente confidencial.

**Enfermedades cardiovasculares:**

hipertension  si  no      marcapasos  si  no  
 presion arterial baja  si  no      Endocarditis  si  no  
 valvulas del corazon no  si  no      operaciones de corzon  si  no  
 reemplazo de valvula cardiaca  si  no

**Epilepsia**  si  no      **adiccion a las drogas**  si  no  
**asma enfermedad/pulmo**  si  no  
**enfermedad de los vervios**  si  no  
**trastornos de la coagulacion de la sangre**  si  no  
**enfermedad renal**  si  no  
**Diabetes**  si  no      **convulsiones desmayos**  si  no  
**enfermedad de la osteoporosis**  si  no      **fumador**  si  no  
**enfermedad de la tiroides**  si  no      **reumatismo/artritis**  ja  no

**enfermedad de la fibrosis quistica**  si  no  
**transplante de organos**  si  no  
 Grado de cuidado:  si  no      qué etapa: \_\_\_\_\_

**ortas endermedades:** .....

**que toman medicamentos ?**

Si es asi , qué?.....

**medicamentos anticoagulantes?**  si  no      que?.....

**enfermedades infecciosas:**

infeccion por el VIH/estadio  si  no  
 enermedad hepatica  si  no  
 tuberculosis  si  no  
 enfermedades infecciosas  
 (por ejemplo MRSA)  si  no

**alergia/intolerancia:**

Anestesia local/inyecciones  si  no  
 Antibiotica  si  no  
 Analgessicos  si  no  
 Metales: .....  si  no  
 Latex  si  no  
 otro: .....

Enfermedad de Creuzfeld Jakob  si  no

per favor, pongase en contracto con 

**Esta embarazada?**  si  no

es caso afirmativo, en qué mes? .....

**Se han hecho radiographias en fen pasado 12 meses con ellos?**

Es caso afirmativo, cuando? .....  
.....

**Es ilevo a cabo ellos en los ultimos tiempos aperaciones mas grandes?**

Es caso afirmativo,cuando? .....

Estás satisfecho con el color de tus dientes? si  no

Estoy de acuerdo con el almacenamiento y procesamiento electrónico para el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

si  no

Acepto la inclusión en el sistema de recuperación

si  no

Estoy de acuerdo con la visi´n de los dentists en mi tarjeta de paciente

si  no

Me comprometo a informarle inmediatamente de cualquier cambio que pueda producirse durento todo el período de tratamiento. Además, me comprometo a respetar los plazos acordados a cancelar al menos 24 horas antes de la fecha límite. Soy consciente de que los plazos que no se hayan cancelado o que no se hayan cancelado en absoluto pueden ser facturados.

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

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