

Historia Clínica

Su salud puede tener consecuencias en el tratamiento dental. Le pedimos por lo tanto de rellenar el cuestionario. Sus datos serán tratados de manera estrictamente confidencial y están sujetos al secreto profesional.

Paciente	<input type="radio"/> Señora	<input type="radio"/> Señor	Correo electrónico	_____
Nombre	_____		Teléfono privado	_____
Apellido	_____		Teléfono del trabajo	_____
Dirección	_____		Teléfono móvil	_____
Código p., Ciudad	_____		Nacionalidad	_____
Fecha de nacimiento	_____		Profesión	_____

Seguro	<input type="radio"/> Seguro de salud:	<input type="radio"/> Seguro dental:	<input type="radio"/> Seguro de accidentes:
Nombre:	_____	_____	_____

Recibe usted el apoyo de	<input type="radio"/> prestaciones complementarias (Ergänzungsleistung)	<input type="radio"/> asistencia social (Sozialhilfe)	<input type="radio"/> No recibe apoyo?
---------------------------------	---	---	--

Representante legal

	<input type="radio"/> Señora	<input type="radio"/> Señor		
Nombre, Apellido	_____		Teléfono privado	_____
Dirección	_____		Teléfono del trabajo	_____
Código p., Ciudad	_____		Teléfono móvil	_____

Médico de cabecera Médico tratante Pediatra

	<input type="radio"/> Señora	<input type="radio"/> Señor		
Nombre, Apellido	_____		Código p., Ciudad	_____
Dirección	_____		Teléfono del trabajo	_____
			Teléfono móvil	_____

Dentista privado

	<input type="radio"/> Señora	<input type="radio"/> Señor		
Nombre, Apellido	_____		Código p., Ciudad	_____
Dirección	_____		Teléfono del trabajo	_____
			Teléfono móvil	_____

Motivo de la visita:

Fue usted enviado por un médico o un dentista?	Nombre, Apellido	_____
	Dirección	_____
	Código p., Ciudad	_____

Preguntas sobre el estado de salud

01. Está o estuvo usted últimamente en tratamiento médico? En caso afirmativo por cual enfermedad ?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
02. Ha tenido usted algunas cirugías ? En caso afirmativo por cual enfermedad ?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
03. Tiene o tuvo usted una hepatitis (ictericia, inflamación del hígado)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
04. Está usted actualmente tomando medicamentos regularmente? En caso afirmativo cuales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Toma usted bisfosfonato (por ejemplo, por la osteoporosis)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

05. Padece usted de enfermedades cardiovasculares ? En caso afirmativo cual?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Presión sanguínea muy alta/muy baja <input type="radio"/> Angina pectoral	
<input type="radio"/> Infarto cardíaco <input type="radio"/> Derrame cerebral	
<input type="radio"/> Falla de la válvula cardíaca, válvula artificial <input type="radio"/> Inflamación del endocardio (endocarditis)	
06. Es usted HIV-positivo o tiene sida?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
07. Padece usted de enfermedades de la sangre ? En caso afirmativo cual?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Enfermedad hemofílica (hemofilia) <input type="radio"/> Anemia	
Toma usted medicamentos anticoagulantes ?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
08. Padece usted de enfermedades del metabolismo ? En caso afirmativo cual?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Enfermedad de la tiroides <input type="radio"/> Diabetes	
<input type="radio"/> Otras, cuales? _____	
09. Padece usted de alergias ? En caso afirmativo cual?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Alergia al heno <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Otras, cuales? _____	
Reacciona usted hipersensible a:	
<input type="radio"/> Inyecciones? <input type="radio"/> Medicamentos?	
<input type="radio"/> Enjuague bucal? <input type="radio"/> Alimentos?	
10. Padeció usted alguna vez:	
<input type="radio"/> Sinusitis? <input type="radio"/> Quimioterapia? Por cual razón? _____	
<input type="radio"/> Reumatismo, hinchazón de las articulaciones? _____	
<input type="radio"/> Trastornos digestivos? <input type="radio"/> Radioterapia? Donde? _____	
<input type="radio"/> Trastornos hormonales? <input type="radio"/> Cualquier otra enfermedad grave? En caso afirmativo cuales? _____	
<input type="radio"/> Tuberculosis? _____	
<input type="radio"/> Enfermedades de los órganos (pulmón, hígado, riñón etc.)? _____	
11. Está usted actualmente embarazada ? En qué semana?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
12. Lleva usted prótesis de articulaciones, marcapasos u otros implantes ?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cuales? _____	
13. Usted fuma actualmente o fumó en pasado? Qué? _____ Cuánto? _____	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
14. Usted sufre de mal aliento ?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
15. Tiene usted un protector bucal que usa con regularidad durante el deporte?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tuvo usted un accidente dental ?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Tomo **conocimiento** que los datos y resultados de mi historial médico incluyendo radiografías, fotos, impresiones y fotocopias para eventuales investigaciones o informaciones pueden ser intercambiadas con mi medico o con otras personas también sujetas al secreto profesional, como seguros etc. Que los datos necesarios para la facturación, la cobranza y contabilidad pueden ser transferidas a las Instituciones implicadas.

Fecha:

Firma:

Estoy de **acuerdo** si es necesario que se me aplique una anestesia local. Estoy **informado** que en casos muy raros esto puede causar irritaciones en la mandibula inferior y en la lengua (entumecimiento persistente, hormigueo) que por lo general suelen desaparecer de nuevo. Soy conciente que, después de procedimientos quirúrgicos dentales bajo anestesia local, hay altos riesgos de accidentes de tráfico por conducir bajo el efecto de la anestesia.

Fecha:

Firma:

Estoy de **acuerdo** en que todos los datos personales, las muestra de tejidos y los dientes retirados, pueden ser utilizados en forma confidencial y utilizadas de forma anónima a fines científicos en la investigación médica. De la misma manera y bajo estricta confidencia estos datos pueden ser utilizados para pruebas y controles por las Autoridades competentes y por el Comité de Ética del Canton.

En este caso el dentista esta liberado del secreto profesional. Esta Autorización puedo revocarla en cualquier momento sin que yo pueda tener desventajas alguna.

Fecha:

Firma: