

Formulario de registro del paciente

Apellido(s): _____ Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
 País/Ciudad de origen: _____
 Conocimientos de idiomas: _____

Solo para menores de edad

Tutor/a legal

Apellido(s): _____ Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Datos de contacto

Número de teléfono / móvil: _____
 E-Mail: _____
 Dirección actual (c./nº/ciudad): _____
 Tel. del intérprete / traductor _____

¡Responda las siguientes preguntas sobre su salud con la mayor precisión posible!

Los datos están sujetos al secreto médico y a las disposiciones de protección de datos.

Cardiopatías / enf. vasculares	☐ sí	☐ no
Trastornos de coagulación	☐ sí	☐ no
Epilepsia (convulsiones)	☐ sí	☐ no
Asma / enfermedades pulmonares	☐ sí	☐ no
Desmayos	☐ sí	☐ no
Diabetes	☐ sí	☐ no
Hepatopatías / Hepatitis	☐ sí	☐ no
Enfermedades renales	☐ sí	☐ no
Reumatismo / Artritis	☐ sí	☐ no
Enfermedades de la tiroides	☐ sí	☐ no
Tuberculosis	☐ sí	☐ no
Infección por VIH / SIDA	☐ sí	☐ no
Enf. infecciosas (p.ej. MRSA)	☐ sí	☐ no
Drogodependencia	☐ sí	☐ no
Fumador/a	☐ sí	☐ no

¿Está usted embarazada? ☐ sí ☐ no

En caso afirmativo, ¿qué mes? mes

Otras enfermedades: ☐ sí ☐ no

Alergias e intolerancias:

Anestesia local / inyecciones ☐ sí ☐ no

Antibióticos ☐ sí ☐ no

Analgésicos ☐ sí ☐ no

Otro: _____

¿Le han hecho radiografías dentales anteriormente? ☐ sí ☐ no

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Tiene dificultad para masticar por falta de dientes? ☐ sí ☐ no

¿Ha consultado a un médico de cabecera? ☐ sí ☐ no

En caso afirmativo, ¿qué médico? _____

¿Qué medicamentos toma regularmente o actualmente? _____ desde _____

_____ desde _____

_____ desde _____

_____, fecha _____ Firma: _____