

## CUESTIONARIO MÉDICO

 FECHA: 

APELLIDOS:	NOMBRE:
------------	---------

DIRECCIÓN:
------------

POBLACIÓN:	CP:
------------	-----

FECHA DE NACIMIENTO:	NIF:
----------------------	------

TELÉFONO PARTICULAR:	MÓVIL:
----------------------	--------

PROFESIÓN:	TELÉFONO TRABAJO:
------------	-------------------

MOTIVO DE CONSULTA:
---------------------

¿CÓMO HA CONOCIDO NUESTRA CLÍNICA?
------------------------------------

Por favor, conteste este cuestionario sobre su historial médico.  
 Los datos son importantes para su seguridad en los tratamientos odontológicos que pueda necesitar.

*Toda la información obtenida cuenta por ley con la máxima discreción y confidencialidad. Será utilizada exclusivamente para su seguridad y la del equipo de trabajo.*

¿Padece o ha padecido HEPATITIS? En caso afirmativo, ¿qué tipo?	SI	NO
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad RENAL?	SI	NO
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad ÓSEA? Osteoporosis <input type="checkbox"/> Paget <input type="checkbox"/> Otras: _____	SI	NO
¿Tiene o ha tenido HIPERTENSIÓN ARTERIAL? Máx. <input type="text"/> Min. <input type="text"/> Fecha de la última medición: _____	SI	NO
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de TIROIDES? HIPOtiroidismo <input type="checkbox"/> HIPERTiroidismo <input type="checkbox"/>	SI	NO
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad RESPIRATORIA? Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/>	SI	NO
¿Es usted DIABÉTICO / A? Con Insulina (I) <input type="checkbox"/> Sin Insulina (II) <input type="checkbox"/>	SI	NO
¿Padece o ha padecido MOLESTIAS GÁSTRICAS? Úlcera <input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Hernia de Hiato <input type="checkbox"/>	SI	NO
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad CARDIACA? Angina de pecho <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Fecha: _____	SI	NO
¿Es usted portador de algún tipo de prótesis valvular cardiaca?	SI	NO
¿Es usted portador de otro tipo de prótesis (cadera, rodilla ...)?	SI	NO
¿Le han hecho en alguna ocasión una transfusión sanguínea?	SI	NO

¿Está o sospecha que puede estar infectado por el VIH?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Padece o ha padecido problemas HEMORRÁGICOS y/o ALTERACIONES SANGUÍNEAS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Está EMBARAZADA o puede estarlo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Padece o ha padecido otra enfermedad? Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene algún tipo de ALERGIA a medicamentos, alimentos y / o metales? Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Toma algún tipo de MEDICACIÓN desde los últimos seis (6) meses? Indique cuales son: _____ _____ _____		
¿Toma o ha tomado en alguna ocasión alguna de las siguientes sustancias?: Antidepresivos, somníferos (Orfidal, Tranxilium ...), Anfetaminas, Cocaína, Marihuana ...	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Otro tipo de estimulantes: _____		
<b>Cualquier de estas sustancias puede interactuar de distinta forma con el anestésico local</b>		

¿Es fumador activo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Es fumador pasivo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Consumo alcohol diariamente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cantidad:		

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente u hospitalizado en alguna ocasión? Indique de qué ha sido operado. _____ _____
---

¿Ha tenido alguna experiencia desagradable con la Odontología en alguna ocasión?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
_____		

¿Ha sido anestesiado anteriormente para un tratamiento odontológico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
_____		

FIRMA

MUCHAS GRACIAS

Sus datos personales, no médicos, se incluirán en un fichero informatizado inscrito en el Registro General de Protección de Datos, el responsable y titular es Clínica Soto S. C. Profesional, y que sirve para garantizarle la gestión eficaz y una correcta información y atención como paciente. Este fichero está protegido con medidas de seguridad de acuerdo con la LOPD. Siempre que usted lo desee podrá acceder a les sus datos, rectificarlos o solicitar su cancelación.