

Fecha:

Nº de ficha:

DATOS PERSONALES

- NOMBRE:
- PRIMER APELLIDO:
- SEGUNDO APELLIDO:
- FECHA DE NACIMIENTO:
- N.I.F:
- PROFESIÓN:
- A EFECTOS DE COMUNICACIONES SE AUTORIZAN LOS SIGUIENTES:

CALLE:
CÓDIGO POSTAL:

MUNICIPIO:
PROVINCIA:

TELÉFONO

MÓVIL:

WhatsApp :

CORREO ELECTRÓNICO:

CUESTIONARIO DE SALUD

1.- Motivo de la consulta:

2.- Fecha de su última revisión dental:

3.- Fecha de su última limpieza bucal:

4.- Último tratamiento realizado:

5.- Fecha de su última radiografía dental:

6.- Frecuencia con la que visita al odontólogo:

7.- ¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día?

8.- ¿Qué emplea para limpiarse los dientes?

9.- Marque cuáles son los hábitos que tiene:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ronca | <input type="checkbox"/> ¿Le dicen que ronca? |
| <input type="checkbox"/> ¿Respira por la boca? | <input type="checkbox"/> ¿Se muerde el labio? |
| <input type="checkbox"/> ¿Sujeta cosas con los dientes? | <input type="checkbox"/> ¿Parte cosas con los dientes? |
| <input type="checkbox"/> ¿Se chupa los dedos? | <input type="checkbox"/> ¿Aprieta los dientes? |
| <input type="checkbox"/> ¿Rechina los dientes? | <input type="checkbox"/> ¿Pone la lengua entre los dientes? |

10.- ¿Está satisfecho con su estética dental?

11.- ¿Qué tratamientos, de los siguientes, ya se ha hecho?

- | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Endodoncia | | | |
| <input type="checkbox"/> Ortodoncia | | | |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de encías | | | |
| <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Fija | <input type="checkbox"/> Removible | <input type="checkbox"/> Completa |

12.- ¿Ha padecido alguna de las siguientes situaciones?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza u oído | <input type="checkbox"/> Empastes altos o ásperos |
| <input type="checkbox"/> Flemones | <input type="checkbox"/> Separación entre dientes |
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Dientes sensibles (frío, calor, dulces, ...) |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la encía | <input type="checkbox"/> Dientes que han cambiado de posición |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de encías | <input type="checkbox"/> Dientes que se mueven |
| <input type="checkbox"/> Inflamación en la encía | |

INFORMACIÓN MÉDICA

1.- Datos médicos de interés:

2.- Enfermedades o patologías hereditarias

3.- ¿Es usted fumador? ¿Ha sido usted fumador?

4.- ¿Le duelen las cervicales?

5.- ¿Tiene dolor de espalda?

6.- ¿Utiliza plantillas ortopédicas?

7.- ¿Tiene dolores articulares en la articulación temporomandibular?

8.- ¿Está usted a tratamiento médico?

9.- ¿Está usted a tratamiento psiquiátrico?

10.- ¿Toma algún medicamento?

11.- ¿Toma algún anticonceptivo u otro medicamento de interés?

12.- ¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> De riñones | <input type="checkbox"/> Ataque cerebral | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> De hígado | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> De pulmones | <input type="checkbox"/> Depresiones | <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Epilepsia | |

13.- ¿Ha recibido alguna vez tratamiento de quimioterapia o radioterapia?

14.- ¿Ha tenido algún problema cardíaco?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arritmias | <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Dolor o presión en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de una válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Reumatismo del corazón |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | | |

15.- ¿Toma algún tipo de anticoagulante? Dosis:

16.- ¿Cuál es su INR (sintrom)?

17.- ¿Tiene usted alguna enfermedad contagiosa, como hepatitis, tuberculosis, sida, sífilis u otras?

18.- ¿En alguna ocasión ha padecido una enfermedad grave, ha sido sometido a una intervención quirúrgica o ha estado hospitalizado?

19.- ¿Ha tomado usted un antibiótico en las últimas horas?

20.- ¿Está usted embarazada?

21.- Indique si es usted alérgico a alguno de los siguientes medicamentos o elementos:

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Barbitúricos, sedantes o tranquilizantes | <input type="checkbox"/> Anestésicos locales |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> Alergia a algún tipo de metal |
| <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Sulfamidias | <input type="checkbox"/> Metronidazol |
| <input type="checkbox"/> Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Otros antibióticos |

22.- ¿Lleva usted alguna prótesis?

23.- ¿En alguna ocasión ha recibido transfusiones sanguíneas?

Firma del paciente: _____

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato el paciente consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, sean tratados por la clínica. Asimismo. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad

Adicionalmente, los datos personales facilitados, podrán ser tratados para comunicarle citas, remitirle documentación como pruebas diagnósticas etc. o envíos publicitarios y de información comercial, acerca de la clínica, sus actividades, productos, servicios, ofertas promocionales especiales, etc., por diferentes medios, inclusive el SMS, correo electrónico y whatsapp. El tratamiento de los datos con estas finalidades se mantendrá, mientras se mantenga cualquier relación contractual con la clínica. Para ejecutar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos deberá dirigirse a _____. Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente, en _____, a de de 201_