

Apellido, nombre del paciente, dirección

nacido el

E-Mail:

Formulario para pacientes

Teléfono (privado):

(oficial):

Profesión:

Médico de cabecera: Apellido:

Dirección:

Teléfono:

¡Rogamos conteste lo más exactamente posible a las siguientes preguntas relativas a su estado de salud! Las especificaciones están sometidas al secreto médico y a las disposiciones de la protección de datos y serán tratadas absolutamente confidenciales.

Enfermedades cardiocirculatorias:

- Alta tensión sí no
- Baja tensión sí no
- Defecto valvular sí no
- Válvula cardiaca artificial sí no
- Marcapasos sí no
- Endocarditis sí no
- Operación del corazón sí no

- Neutropenia de alto grado sí no
- Mucoviscidosis sí no
- Órganos trasplantados sí no
- Células germinales trasplantadas sí no

Ataques (epilepsia)

- sí no
- Asma/Enfermedades pulmonares sí no
- Defectos de la coagulación sanguínea sí no
- Diabetes sí no
- Drogadicción sí no
- Enfermedad nerviosa sí no
- Enfermedad de los riñones sí no
- Desmayos sí no
- Osteoporosis sí no
- Fumador sí no
- Reuma/Artritis sí no
- Enfermedad de la glándula tiroides sí no
- Otras enfermedades: sí no

Enfermedades infecciosas

- Infección por VIH/Estado SIDA sí no
- Enfermedades hígado/Hepatitis sí no
- Tuberculosis sí no
- Otras enfermedades infecciosas sí no
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)/ Nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJv) sí no

Alergias o intolerancias:

- Anestesia local/Inyecciones sí no
- Antibióticos sí no
- Analgésicos sí no
- Metales:

¿Está embarazada? sí no
Si es así, ¿de qué mes?mes

¿Se le han hecho ya radiografías adicionales de los dientes?
Si es así, ¿cuándo? desde.....

¿Qué medicinas toma con regularidad o ahora mismo? desde.....

¿Toma bisfosfonatos? sí no desde.....

¿Realiza una quimioterapia medicamentosa? sí no desde.....

¿Realiza una radioterapia porque padece de cáncer? sí no desde.....

¿Toma esteroides de alta dosificación/Inmunosupresores? sí no desde.....

¿Se le han hecho operaciones mayores en el hospital? sí no Fecha.....

Declaro estar de acuerdo con que se almacenen, procesen y aprovechen mis datos para ser incluidos en el sistema Recall.

Me obligo a comunicar de inmediato todos los cambios que tengan lugar durante todo el período terapéutico. Me obligo igualmente a observar las fechas del tratamiento acordadas o bien a anular la fecha acordada como mínimo 24 horas antes. Sé que si no anulo o bien no anuló a tiempo las fechas acordadas, se me pondrán poner en factura.

Estoy de acuerdo que para las prestaciones odontológicas o protésicas que mi odontólogo/odontóloga tenga que abonar por anticipado se consulte a una institución protectora de créditos o a una agencia de informes sobre la solvencia, en caso de que fuere necesario.

....., a

Firma: