



CLINICA ZENIT

CENTRO DE ATENCION BUCODENTAL

CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre y apellidos _____

Motivo de su consulta: dolor presupuesto implantes revisión prótesis Otro

Antecedentes alérgicos

Es usted alérgico a medicamentos? <input type="checkbox"/>	¿Es usted alérgico a algún tipo de objeto? <input type="checkbox"/>
Indique cual <input style="width: 90%;" type="text"/>	Indique cual <input style="width: 90%;" type="text"/>

Antecedentes médicos y quirúrgicos

¿Alguna lesión o alteración cardíaca?: <input type="checkbox"/>	¿Colesterol?: <input type="checkbox"/>
¿Hipertensión? <input type="checkbox"/>	¿Alguna otra enfermedad transmisible? <input type="checkbox"/>
Máx. Min.	¿Cuál?
¿Le han operado alguna vez? <input type="checkbox"/>	¿Virus HIV o SIDA? <input type="checkbox"/>
Diábetes?: <input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B, C? <input type="checkbox"/>
¿Tiene algún problema digestivo? <input type="checkbox"/>	Fecha del último análisis de sangre? <input style="width: 90%;" type="text"/>
¿Es usted consumidor actual de alguna droga? <input type="checkbox"/>	Le han hecho alguna transfusión sanguínea? <input type="checkbox"/>
¿Ha visitado al médico los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/>	Indique el motivo <input style="width: 90%;" type="text"/>
¿Es fumador? <input type="checkbox"/>	¿Es usted consumidor habitual de alcohol?: <input type="checkbox"/>
Especifique cuantos al día menos de 10 <input type="radio"/> de 10-20 <input type="radio"/> 20-30 <input type="radio"/> + de 20 <input type="radio"/>	

Indique los medicamentos que toma actualmente:

Problemas bucodentales

¿Hay algún aspecto de su boca que le preocupe? Indíquelo <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mastica mal los alimentos?	<input type="checkbox"/>
¿Cuándo fue la última vez que visito al dentista? <i>semanas</i> <input type="radio"/> <i>meses</i> <input type="radio"/> <i>un año</i> <input type="radio"/> <i>años</i> <input type="radio"/>		¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes?	<input type="checkbox"/>
¿Fecha de la última limpieza bucal que se ha hecho?: <i>semanas</i> <input type="radio"/> <i>meses</i> <input type="radio"/> <i>un año</i> <input type="radio"/> <i>años</i> <input type="radio"/>		¿Es usted apretador de dientes? <i>De día</i> <input type="radio"/> <i>de noche</i> <input type="radio"/> <i>ambos</i> <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Indique el tiempo que lleva con prótesis dental <i>semanas</i> <input type="radio"/> <i>meses</i> <input type="radio"/> <i>un año</i> <input type="radio"/> <i>años</i> <input type="radio"/>		¿Ha notado si ultimamente se le han gastado los dientes?	<input type="checkbox"/>
¿Le han hecho extracciones dentarias?	<input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna complicación	<input type="checkbox"/>
¿Tiene movilidad en sus dientes?		Indique el motivo <input type="text"/>	
¿Le han diagnosticado alguna vez gingivitis o enfermedad periodontal (piorrea)?	<input type="checkbox"/>		

Otras observaciones

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Correo electrónico:

A 10 de ene de 2009

Firma

Sus datos podrán ser incorporados en un fichero del que es responsable **Fidotec, S.L.**, . Entendemos que se podrá tratar estos datos personales con la finalidad de remitirle vía telefónica, postal o electrónica información que pueda resultar de su interés para mantener la salud de su boca. Los usuarios cuyos datos sean objeto de tratamiento podrán ejercitar gratuitamente los derechos de información, rectificación y cancelación de sus datos conforme al procedimiento legalmente establecido. Estos derechos podrán ser ejercitados dirigiendo comunicación por escrito a esta clínica.

Teléfono: 957484676 - **Fax:** 957480273**E-mail:** clinica@telefonica.net

:: Aviso Legal ::