



Reinhold Dental

Historial médico

¡Querido paciente!

Bienvenido a nuestra clínica dental. Para que su tratamiento se desarrolle sin problemas le rogamos que rellene atentamente este formulario de historial médico. Muchas gracias!

Su equipo en la clínica Reinhold Dental

Asuntos personales

Apellidos, nombre	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
Apellidos, nombre de la persona asegurada	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
Teléfono / Móvil	correo electrónico	
Calle	CÓDIGO POSTAL	Lugar
Profesión	Empresario	

Seguro

Seguro médico

☐ Asegurado legalmente ☐ Seguro privado ☐ Seguro complementario ☐ Con derecho a ayuda

Como nos encontró? _____

Situación sanitaria general

Hipertensión arterial	☐ sí	☐ no
Tensión arterial baja	☐ sí	☐ no
Trastorno de la coagulación sanguínea	☐ sí	☐ no
Ictus	☐ sí	☐ no
Diabetes	☐ sí	☐ no
Cardiopatías	☐ sí	☐ no
En caso afirmativo, cuáles:		
Enfermedad tiroidea	☐ sí	☐ no
Enfermedades reumáticas	☐ sí	☐ no
Alergias	☐ sí	☐ no
En caso afirmativo, cuáles:		
Enfermedades infecciosas	☐ sí	☐ no
VIH	☐ sí	☐ no
Hepatitis	☐ sí	☐ no
Tuberculosis	☐ sí	☐ no

¿Está tomando medicación?	☐ sí	☐ no
Medicamentos para el corazón	☐ sí	☐ no
En caso afirmativo, cuáles:		
Cortisona	☐ sí	☐ no
En caso afirmativo, cuáles:		
Analgésicos	☐ sí	☐ no
En caso afirmativo, cuáles:		
Antidepresivos	☐ sí	☐ no
En caso afirmativo, cuáles:		
Medicamentos anticoagulantes	☐ sí	☐ no
En caso afirmativo, cuáles (por ejemplo, Ace, Marcumar, heparina):		
Otros	☐ sí	☐ no
En caso afirmativo, cuáles:		
¿Tienes un título de atención sanitaria?	☐ sí	☐ no
Si es así, cuál:		
¿Fuma?	☐ sí	☐ no
¿Roncas?	☐ sí	☐ no
¿Rechinas o aprietas los dientes?	☐ sí	☐ no
¿Tiene problemas en la articulación temporomandibular o en el cuello?	☐ sí	☐ no
¿Tiene problemas de encías?	☐ sí	☐ no
¿Sangra al cepillarse los dientes? ¿Recesión de las encías?	☐ sí	☐ no
¿Le interesa una prevención especialmente intensiva contra la caries y la recesión de las encías?	☐ sí	☐ no
¿Está interesado en el blanqueamiento dental y las correcciones anteriores?	☐ sí	☐ no
¿Está satisfecho con la posición de sus dientes?	☐ sí	☐ no
¿Está embarazada?	☐ sí	☐ no
¿Estás dando el pecho?	☐ sí	☐ no

Pacientes
Protección de datos en la UE
Reglamento de base Declaración de consentimiento

Con mi firma autorizo el almacenamiento y tratamiento de mis datos personales. Además, la clínica dental podrá procesar electrónicamente mis datos recogidos. Además, todos los datos médicos y personales necesarios podrán ser intercambiados por mí, en la medida en que sea necesario para mi tratamiento.

Sólo se puede acudir con cita previa. Para que los tiempos de espera sean lo más cortos posible, le rogamos que cancele las citas con al **menos 24 horas de antelación** si no puede acudir a ellas. En caso de ausencia injustificada, se cobrará **el tiempo de tratamiento incurrido de conformidad** con el artículo 611,615 frase 1 del BGB (AG Viersen, AZ:17 C 199/05).

Lugar, fecha

Firma del paciente/tutor legal
Confirme la exactitud de sus datos con su firma.

Anestesia local / anestesia local

La anestesia local se utiliza para eliminar la sensación de dolor en una zona limitada. Como resultado, los tratamientos dentales pueden realizarse normalmente sin dolor. Aunque la anestesia local es un método muy seguro para eliminar el dolor, en raras ocasiones pueden producirse efectos secundarios. **Los efectos secundarios más frecuentes son:**

Hematoma (hematoma): Los hematomas se producen por lesiones de pequeños vasos sanguíneos. La hemorragia en el tejido circundante puede provocar restricciones en la apertura de la boca y dolor, y en raras ocasiones también infecciones.

Inspección técnica restringida: La capacidad de concentración y reacción puede estar limitada debido a la anestesia. Debe evitarse la participación activa en el tráfico rodado.

Daño nervioso: En muy raras ocasiones, la anestesia local puede provocar la irritación de las fibras nerviosas, lo que se asocia a alteraciones sensoriales temporales en la zona anestesiada. En casos muy raros, también pueden ser permanentes.

Autolesiones: Por favor, absténgase de comer o consumir alimentos y bebidas calientes o muy fríos mientras dure la anestesia para evitar lesiones, quemaduras o congelaciones.

Entendí la explicación y mis preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.

Lugar, fecha

Firma del paciente/tutor legal

Confirme la exactitud de sus datos con su firma.