



Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la 1ª Región

Dr. D.: _____

Colegiado n.º: _____

CUESTIONARIO DE SALUD

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Talla: _____ Peso: _____

Profesión: _____

En caso de que usted esté rellenoando este formulario en lugar de otra persona,

¿que relación le une con ella? _____

En las siguientes preguntas marque sí o no a la opción correcta. Estas respuestas son confidenciales.

- 1.- ¿Está usted en buen estado de salud?..... SI NO
- 2.- ¿Durante el último año ha habido algún cambio en su estado de salud general?..... SI NO
- 3.- Mi última revisión médica fue en
- 4.- ¿Se encuentra actualmente bajo los cuidados de algún médico?..... SI NO
- 5.- ¿Ha tenido usted alguna enfermedad importante o ha sufrido alguna intervención quirúrgica?..... SI NO
- 6.- ¿Ha sido usted hospitalizado o tenido alguna enfermedad grave en los últimos 5 años?..... SI NO
- Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál fue el problema? _____
- 7.- ¿Tiene o ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos?..... SI NO
 - a) Enfermedad de las válvulas cardiacas..... SI NO
 - b) Lesiones congénitas de corazón..... SI NO
 - c) Enfermedades cardiovasculares (problemas de corazón, ataques al corazón, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, arterioesclerosis, crisis, soplos)..... SI NO
 - d) ¿Lleva usted marcapasos?..... SI NO
 - e) Alergia..... SI NO
 - f) Sinusitis..... SI NO
 - g) Asma..... SI NO
 - h) Urticaria o exantema cutáneo..... SI NO
 - i) Ausencias o desmayos..... SI NO
 - j) Diabetes (azucar en la sangre)..... SI NO
 - k) Hepatitis, ictericia, o enfermedad hepática..... SI NO
 - l) Artritis..... SI NO
 - m) Úlcera de estómago o duodenal..... SI NO
 - n) Gastritis o molestias gástricas..... SI NO
 - ñ) Problemas renales..... SI NO
 - o) Tuberculosis..... SI NO

- p) SIDA..... SI NO
- q) Hipertensión arterial..... SI NO
- r) Anemia..... SI NO
- s) Hipertiroidismo o bocio..... SI NO
- t) Fiebre reumática..... SI NO
- u) ¿Ha presentado hemorragias abundantes después de extracciones, cirugía o traumatismos?..... SI NO
- v) ¿Se produce hematomas con facilidad?..... SI NO
- w) ¿Ha precisado alguna vez una transfusión sanguínea?..... SI NO
- x) Otras..... SI NO
- 8.- ¿Ha sufrido cirugía o radioterapia por algún tumor o proceso de cabeza o cuello?..... SI NO
- 9.- ¿Está tomando algún medicamento?..... SI NO
- En caso afirmativo, indique cuál está tomando _____
- 10.- ¿Es usted alérgico? o ha tenido problemas con:
- a) Metales (Cromo, Cobalto, Níquel, etc.)..... SI NO
- b) Anestésicos o antibióticos..... SI NO
- c) Sulfamidas..... SI NO
- d) Barbitúricos, sedantes o somníferos..... SI NO
- e) Aspirina..... SI NO
- f) Yodo..... SI NO
- g) Codeína u otros narcóticos..... SI NO
- h) Otros..... SI NO
- 11.- ¿Ha tenido algún problema grave en un tratamiento dental anterior?..... SI NO
- Explíquelo _____
- _____
- 12.- ¿Tiene usted alguna enfermedad o trastorno no mencionado antes, que crea debo saber?..... SI NO
- 13.- ¿Usa lentillas?..... SI NO
- 14.- ¿Ha estado en contacto con alguien con riesgo o se ha realizado pruebas de?:
- a) Herpes..... SI NO
- b) Hepatitis..... SI NO
- c) Tuberculosis..... SI NO
- d) SIDA..... SI NO
- 15.- ¿Fuma usted?..... SI NO
- 16.- ¿Bebe alcohol habitualmente?..... SI NO
- 17.- Ingiere alguna sustancia que pueda producirle adicción?..... SI NO

MUJERES

- 18.- ¿Está embarazada o sospecha que pueda estarlo?..... SI NO
- 19.- ¿Está dando lactancia?..... SI NO

Declaro que los datos que he facilitado en el presente cuestionario son ciertos a mi buen saber y entender.

.....
FIRMA DEL PACIENTE

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, le informamos que los datos de carácter personal proporcionados serán incluidos en los ficheros que esta Clínica tiene registrados en la Agencia Española de Protección de Datos y que tienen por finalidad la prestación del servicio sanitario a los pacientes de la Clínica, así como la gestión de la misma. De no facilitarse los datos solicitados, no será posible la realización del tratamiento prescrito. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercer dirigiéndose a la sede de esta Clínica. Igualmente le informamos que sus datos serán tratados con la confidencialidad debida y que los ficheros cumplen las medidas de seguridad exigidas por la normativa. Mediante la cumplimentación del presente documento, el paciente da su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba previstos.