



## Preguntas sobre su estado de salud

- | Sí                       | No                       |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estuvo usted en los últimos cinco años en el hospital o en consulta médica?<br>En caso positivo por cual enfermedad?.....<br>Cuando estuvo usted la última vez en el dentista? ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Toma usted periódicamente medicamentos? En caso positivo cuales?.....<br>.....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene usted alergias? (Penicillina, yodo, látex) .....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fuma usted? En caso positivo cuantos cigarrillos por día?..... Desde cuándo?.....<br>Tiene o tuvo usted: .....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión alta/baja? Valor:.....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina de pecho? .....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infarto de miocardio? .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Defecto de válvula, válvula artificial? .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene usted un marcapasos cardiaco?.....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Endocarditis? .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Toma medicamentos anticoagulativos?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Necesita protección antibiotica?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemophilia ? .....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia?.....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes? .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre usted de asma o alergia al polen?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reuma, hinchamiento de articulaciones?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de digestión, problemas del intestino?.....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis? A , B , C   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIH / Sida?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Está usted embarazada? Que semana?.....  |

Con mi firma confirmo yo la integridad y la veracidad de los datos susodichos. Estoy de acuerdo que el dentista puede transmitir datos (para la facturación, la contabilidad y la cobranza) a las instituciones encargadas. En caso de emergencia o antes de importantes y urgentes tratamientos desligo al dentista de la obligación de guardar el secreto profesional y le doy el permiso de pedir datos y informaciones o transmitirlos al médico de cabecera si eso sirve a mi seguridad.

Zurich, fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_