

# Registro I Historial clínico

## Querida paciente, querido paciente:

Muchas gracias por haberse decidido por nuestra consulta para realizar su tratamiento dental. Este se realizará siguiendo el sistema de cita previa, lo que, por lo general, significará para usted un tiempo de espera reducido. Rogamos su comprensión porque algunos tratamientos médicos necesarios y no previsibles pueden hacer que no siempre se puedan respetar las citas con exactitud. Si no puede acudir a una cita que haya concertado con nosotros, le rogamos que nos lo comunique lo antes posible, es decir, con un mínimo de 24 horas de antelación. Si acude a nuestra consulta por un caso de emergencia imprevisto (p. ej. dolor agudo), tiene que contar con que es probable que tenga que esperar.

Si es paciente del sistema público de salud, tendrá que presentarnos su tarjeta sanitaria a más tardar 10 días después de iniciar el tratamiento, ya que de lo contrario tendremos que cargarle en una factura privada los costes del tratamiento. Como alternativa al tratamiento por el seguro médico público a través de la tarjeta sanitaria, en calidad de paciente del sistema público de salud también puede acordar con su seguro médico público la realización de tratamientos con factura privada de acuerdo a lo estipulado en § 13 SGB V (reembolso de los gastos). Para obtener más información al respecto, consulte con su seguro médico público.

**Paciente**  
Sr./Sra./niño

Apellidos	Nombre	Fecha de nacimiento
-----------	--------	---------------------

Dirección

Calle, nº	Correo electrónico*	Lugar de nacimiento
C.P./localidad	Teléfono o móvil	

Profesión del/de la paciente

	C.P./localidad	Teléfono o móvil
--	----------------	------------------

Estudiante

Dirección del empleador\*

Calle, nº	C.P./localidad	Teléfono
-----------	----------------	----------

**En su caso, representante legal o destinatario/a de la factura distinto/a del/de la anterior**  
(en el caso de niños, el titular de la patria potestad)

Apellidos	Nombre	Fecha de nacimiento
-----------	--------	---------------------

Dirección

Calle, nº		Correo electrónico*
C.P./localidad	Teléfono o móvil	

Profesión del/de la representante legal o destinatario/a de la factura distinto/a del/de la anterior\*

	C.P./localidad	Teléfono o móvil
--	----------------	------------------

Estudiante

Dirección del empleador\*

Calle, nº	C.P./localidad	Teléfono
-----------	----------------	----------

**Nombre del responsable del pago**  
(seguro médico público o privado)

--

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soy asegurado de carácter obligatorio              | <input type="checkbox"/> Tengo un seguro privado                  | <input type="checkbox"/> He elegido el reembolso de gastos según lo estipulado en el art. 13 del SGB V   |
| <input type="checkbox"/> Soy asegurado de carácter voluntario               | <input type="checkbox"/> Estoy asegurado/a con la tarifa estándar | <input type="checkbox"/> No estoy asegurado  |
| <input type="checkbox"/> Tengo derecho a la indemnización para funcionarios | <input type="checkbox"/> Estoy asegurado/a con la tarifa básica   | <input type="checkbox"/> Tengo derecho a prestaciones (Sozialamt [oficina de asistencia social], Versorgungsamt [oficina de previsión social]) |
| <input type="checkbox"/> Tengo un seguro privado complementario             |   |  |

**Le rogamos que nos suministre la siguiente información para su historia clínica, que está sujeta al secreto médico profesional y a la protección de datos y trataremos de forma absolutamente confidencial. Le rogamos que comunique también a nuestra consulta los cambios que se produzcan en el futuro respecto a su estado de salud, su dirección y su seguro.**  
**Señalar lo que corresponda en todas las preguntas.**

**1. ¿Ha padecido o padece alguna de las enfermedades siguientes?**

a)	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Asma (apnea grave)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C (ictericia)
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos convulsivos (epilepsia)
Reuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defecto cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la tiroides
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfunción renal
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bacteria hospitalaria SARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
Infección por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor/carcinoma/cáncer

Otros datos/otras enfermedades

Médico de familia:

Nombre Dirección

Teléfono

Clínica dental que realizó los tratamientos pre-vious\*

Nombre

Dirección

Teléfono

b) ¿Tiene alguna alergia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿cuáles?	
¿Tiene carné de alergias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
c) Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Apoplejía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Parálisis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usted toma algún anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿cuáles?	
d) ¿Tiene una tensión arterial demasiado alta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene una tensión arterial demasiado baja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Lleva marcapasos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene una válvula cardíaca artificial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
3. ¿Toma usted bifosfonato?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Toma usted inmunosupresores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Toma medicamentos con regularidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿cuáles?	
4. ¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos al día?	
5. ¿Usted ronca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
6. ¿Adicciones existentes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿cuáles?	
7. ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no lo sabe	En caso afirmativo, ¿de qué semana?	
8. ¿Sufre o ha sufrido una lesión derivada de un accidente en la boca, la mandíbula o la cara?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha del accidente	
		Tipo de lesión	
9. ¿Es usted dependiente según lo dispuesto en el artículo 15, libro V, del Código alemán de la Seguridad Social (SGB)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuál es su grado de dependencia?	
10. ¿Tiene usted alguna ayuda para la integración según lo dispuesto en el artículo 99, libro IX, del Código alemán de la Seguridad Social (SGB)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿cuáles?	
11. ¿Desea que el tratamiento se realice bajo anestesia local?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tenga en cuenta que la capacidad de conducir puede encontrarse disminuida durante varias horas debido a los medicamentos o las inyecciones suministrados para la anestesia local.	
12. ¿Dispone de carné de rayos X?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		¿Cuándo se hizo su última radiografía / tomografía computerizada? (fecha/miembro corporal)	
13. ¿Posee un Bonusheft (carné de control dental)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		¿Cuándo se hizo su última limpieza dental profesional?	
14. ¿Utiliza el expediente clínico electrónico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Cómo/por medio de quién ha conocido nuestra consulta:\*

Con mi firma confirmo la integridad y la exactitud de los datos indicados anteriormente.

Fecha Firma del paciente o del titular de la patria potestad