



ZAHNARZTPRAXIS  
FRAU DR. NEUMANN

**Formulario para pacientes**

**Paciente**

Señor / Señora.....

Título.....

Apellido.....

Nombre.....

Fecha de Nacimiento.....

Calle.....

Dirección postal / Lugar.....

Teléfono (privado/celular).....

E-Mail.....

Seguro Social.....

Seguro Privado.....

Profesión.....

¿Recomendado por?.....

¿Está de acuerdo con una llamada de recordatorio?    Sí     No     (marque su caso)

**Miembro Asegurado**

**(Niños tutores padres)**

Señor / Señora.....

Título.....

Apellido.....

Nombre.....

Fecha de Nacimiento.....

Calle.....

Dirección postal / Lugar.....

(trabajo).....

Seguro extra Dental.....

precio básico    Sí     No

---

*¡Rogamos conteste lo más exactamente posible a las siguientes preguntas relativas a su estado de salud! Las especificaciones están sometidas al secreto médico y a las disposiciones de la protección de datos y serán tratadas absolutamente confidenciales.*

	Sí	No
1. ¿Ha estado en el último tiempo en tratamiento médico? ¿Si afirmó por qué razón?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

2. ¿Toma medicamentos con regularidad? ¿Si es así, cuáles actualmente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

---

3. ¿Padece de Alergias o intolerancias? ¿Posee un comprobante de sus alergias atestado por un Médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

---

4. ¿Padece de defectos de la coagulación sanguínea? ¿Después de una herida tiene problemas de sangramiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

---



ZAHNARZTPRAXIS  
FRAU DR. NEUMANN

5. ¿Padece usted de temor durante el tratamiento dental ?    Sí             No

6. Padece o ha padecido alguna de las enfermedades a continuación?  
Por favor haga una cruz en la casilla correspondiente

	Sí	No
Alta tensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baja Tensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto valvular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operación del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección por HIV/ Estado SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del Hígado /Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la glándula tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/enfermedades pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reuma/Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Padece de alguna otra enfermedad que no ha sido mencionada en las preguntas anteriores?  
Sí es así cuál es?.....

Por favor mencione el Nombre y dirección de su médico Internista de cabecera

Nombre:.....Dirección.....Teléfono.....

8. Solamente para Mujeres

¿Se encuentra en este momento embarazada?            Si             No

¿Si es así de qué mes?.....

Me obligo a comunicar de inmediato todos los cambios que tengan lugar durante todo el período terapéutico. Me obligo igualmente a observar las fechas del tratamiento acordadas o bien a anular la fecha acordada como mínimo 24 horas antes. Sé que si no anulo o bien no anulé a tiempo las fechas acordadas, se me pondrán poner en factura.

Estoy de acuerdo que para las prestaciones odontológicas o prtéticas que mi dontóloga tenga que avonar por anticipado se consulte a una institución protectora de créditos o a una agencia de informes sobre la solvencia, en caso de que fuere necesario.

Aviso importante sobre el manejo de conducir coches después de un tratamiento odontológico!  
Nosotros le informamos que la concentración para conducir un coche después del tratamiento odontológico bajo anestesia local, u otros medicamentos puede ser disminuida y durar hasta 24 horas. Con mucho gusto le pedimos un taxi si usted lo desea.



ZAHNARZTPRAXIS  
FRAU DR. NEUMANN

**Nota sobre protección de datos**

Zahnarztpraxis Neumann le informa sobre sus derechos con respecto al almacenamiento de sus datos personales. Los detalles de sus datos son la base de cada tratamiento.

Usted tiene derecho a recibir información sobre los datos personales relacionados con usted. También puede solicitar la corrección de datos incorrectos.

Además, bajo ciertas condiciones, usted tiene derecho a eliminar datos, el derecho a restringir el procesamiento de datos y el derecho a la portabilidad de datos.

El procesamiento de sus datos se basa en regulaciones legales. Solo en casos excepcionales, necesitamos su consentimiento. En estos casos, tiene derecho a revocar su consentimiento para el procesamiento futuro. También tiene derecho a presentar una queja ante la autoridad de supervisión de protección de datos pertinente si considera que el procesamiento de sus datos personales es ilegal.

La dirección de la autoridad de control responsable de nosotros es:

Nombre: El Comisionado de Hamburgo para la protección de datos y la libertad de información

Dirección: Klosterwall 6 (Bloque C), 20095 Hamburgo

**Se puede encontrar más información de privacidad como un aviso en nuestra práctica. Por favor léalo cuidadosamente**

**Al firmar, confirmo que he leído la política de privacidad. Además, confirmo que mis datos pueden almacenarse para el tratamiento. Sobre mis derechos fui informado!**

Lugar ..... , fecha ..... Firma: .....