

Formulario de inscripción para niños



smile-pasing
Ortodoncia

Lara Muncker-Wouters
Dentistas especializados en ortodoncia

¡Bienvenido al consultorio de ortodoncia de Lara Muncker-Wouters! Nos gustaría hablar con usted acerca de sus necesidades de ortodoncia y asesorarlo detalladamente. Para esto, necesitamos en su próxima cita aparte de sus datos personales, la información sobre el estado general de salud del niño. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial. Los datos están sujetos al secreto médico, de acuerdo con el § 203 del código penal y a las normas estrictas de protección de datos.

Paciente

Apellido:	<input type="text"/>	N° Tel.:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>	Seguro de gastos médicos:	<input type="text"/>
CP / Ciudad:	<input type="text"/>	(Nombre y ciudad)	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>		

Asegurado

Apellido:	<input type="text"/>	Nombre del cónyuge:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>	Empleador:	<input type="text"/>
Empleador:	<input type="text"/>	Ocupación:	<input type="text"/>
Profesión:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>
Tel. del negocio:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>

Tipo de seguro

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro del Estado | <input type="checkbox"/> Seguro privado con tarifa base |
| <input type="checkbox"/> Seguro voluntario | <input type="checkbox"/> Seguro adicional para ortodoncia |
| <input type="checkbox"/> Seguro privado | <input type="checkbox"/> Prestación |

Nombre del dentista:	<input type="text"/>	Ciudad:	<input type="text"/>
Nombre del médico de cabecera:	<input type="text"/>	Ciudad:	<input type="text"/>

¿Cómo se enteró de nuestro consultorio?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amigos o familiares | <input type="checkbox"/> Internet (sitios de médicos o de salud) | <input type="checkbox"/> Se informó en: www.smile-pasing.de |
| <input type="checkbox"/> Publicidad (Publicidad en prensa diaria, etc.) | <input type="checkbox"/> Otros: | <input type="text"/> |

Estoy de acuerdo de que mis datos o los datos del paciente serán guardados electrónicamente y que serán transmitidos en caso de ser necesario a una empresa de facturación. En caso de traspaso del consultorio o en caso de emplear a un representante, estoy de acuerdo de que la tarjeta de registro con los datos personales del paciente será transferida al sucesor o representante del consultorio.

¡POR FAVOR, PONGA ATENCIÓN AL REVERSO!

Fecha:

Firma:



Información General de Salud

- ¿Padece alguna enfermedad de la medicina general (corazón, hígado, riñón, trastornos de la coagulación sanguínea, diabetes), o enfermedad infecciosa (hepatitis, SIDA)? si no
Si es así, ¿Cuáles? _____
- ¿Toma su niño regularmente medicamentos? si no
¿Cuáles y para qué? _____
- ¿Tiene alergias o intolerancia a algún producto? si no
¿Cuáles? _____

Preguntas sobre el examen de rayos X

- ¿Se han hecho rayos X en los últimos 12 meses en el área de la cabeza / la quijada? si no
- Para chicas: ¿Estás embarazada ahora? si no

Preguntas por razones de ortodoncia

- ¿Usted ya ha tenido tratamientos de ortodoncia anteriormente? si no
¿Con qué doctor? _____ ¿Se interrumpió el tratamiento? si no
- ¿Tiene molestias de la articulación temporo-mandibular o ruido de la quijada? si no
- ¿Tiene a menudo dolores de cabeza, dolores en el área facial o al masticar? si no
¿Cuáles? _____
- ¿Existe o existió rechinar o apretar los dientes? si no
¿Hasta cuándo? _____
- ¿Ha tenido accidentes con los dientes o la quijada? si no
Si es así, ¿Qué tipo? _____
- ¿Presenta respiración bucal, ronquidos o resfriados frecuentes? si no
¿Cuáles? _____
- ¿Su hijo ya ha estado en tratamiento con un otorrinolaringólogo? En caso afirmativo, ¿qué se hizo? si no
 Fueron extirpadas las amígdalas Los pólipos fueron removidos
Otros: _____
- ¿Ha presentado presión de la lengua, morderse los labios, el hábito de morderse las uñas, el hábito de morder el lápiz? si no
¿Hasta cuándo? _____
- ¿Ha tenido o tiene hermanos en tratamiento de ortodoncia? si no
¿Con qué doctor? _____
- ¿Existen malposiciones similares en la familia? si no
¿Cuáles y quién las presenta? _____
- ¿Hay agenesia de los dientes en la familia? si no
¿Cuáles y quién las presenta? _____
- ¿Cuándo salieron los dientes de leche por primera vez? Antes del sexto al séptimo mes: _____
Después del octavo mes: _____
- ¿Hay un defecto del lenguaje (por ejemplo cecear), o ha tenido una terapia fonética? si no
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
- ¿Ha tenido el hábito de chuparse el dedo, morderse las uñas, o sigue utilizando el chupete? si no
En caso afirmativo, ¿hasta cuándo? _____