



¡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) | <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:	<input type="text"/>	Firma:	<input type="text"/>
--------	----------------------	--------	----------------------



Información General de Salud

- ¿Padece alguna enfermedad de la médica general/crónica (corazón, hígado, riñón, trastornos de la coagulación sanguínea, diabetes), o enfermedades infecciosas (hepatitis, SIDA)? Si es así, ¿Cuáles? _____ sí no
- ¿Toma usted regularmente medicamentos? ¿Cuáles y para qué? _____ sí no
- ¿Padece de alergias o intolerancia a algún producto? ¿Cuáles? _____ sí no

Preguntas sobre el examen de rayos X

- ¿Se ha hecho rayos X en los últimos 12 meses en el área de la cabeza / la quijada? sí no
- Para las mujeres: ¿Está embarazada ahora? ¿En qué mes? _____ sí no

Preguntas por razones de ortodoncia

- ¿Usted ya ha tenido tratamientos de ortodoncia anteriormente? ¿Con qué doctor? _____ sí no
- ¿Qué es lo que más le molesta de la posición de sus dientes y de la quijada? _____
- ¿Tiene molestias de la articulación temporo-mandibular o ruido de la quijada? sí no
- ¿Tiene a menudo dolores de cabeza, dolores en el área facial o al masticar? ¿Cuáles? _____ sí no
- ¿Existe o existió rechinar o apretar los dientes? ¿Hasta cuándo? _____ sí no
- ¿Ha tenido accidentes con los dientes y la quijada? Si es así, ¿Cuáles? _____ sí no
- ¿Presenta respiración bucal, ronquidos o resfriados frecuentes? ¿Qué? _____ sí no
- ¿Usted ya ha estado en tratamiento con el otorrinolaringólogo? ¿Cuándo y qué se hizo? _____ sí no

De acuerdo con las directrices de la sección 5 (ortodoncia) del párrafo 4 de la Comisión Federal de Dentistas y los seguros de gastos médicos públicos del 01 de Enero 2004, tratamientos ortodónticos de los asegurados que al comenzar su tratamiento cumplieron sus 18 años/de 18 años de edad no pertenecen al contrato del cuidado dental. Esto se aplica también para la primera consulta y el examen.