

Estimado paciente:

Le agradecemos que haya decidido depositar su confianza en nosotros acudiendo a nuestra clínica para el diagnóstico de su problema bucodental. Como usted sabrá, éste es un centro especializado en el que nos dedicamos a tratar las diferentes afecciones de la boca. Nosotros lo hacemos diferenciando cada una de las Especialidades de la Odontología con la intención de mejorar la calidad de los tratamientos. Dado que la patología bucal puede tener importantes implicaciones médicas, le rogamos que nos dedique unos minutos de su tiempo, mientras nos preparamos para atenderle, rellenando este cuestionario en el que se incluyen datos personales, familiares y su historia médica y bucal. Esta información, confidencial para nosotros, nos permitirá conocerle y atenderle mejor. Muchas gracias.

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos				D.N.I.	
Dirección		Nº		Población	Provincia
Teléf.particular		Teléf.trabajo		Móvil	e-mail
Fecha nacimiento		Profesión		Empresa	

¿CÓMO NOS HA CONOCIDO?

Me envía otro paciente (<i>indique su nombre</i>)		Cartel en la puerta:	<input type="checkbox"/>	Internet:	<input type="checkbox"/>
Páginas amarillas	<input type="checkbox"/>	TV local	<input type="checkbox"/>	Publicidad	<input type="checkbox"/> (<i>nombre de la revista</i>)
Convenio con empresas	<input type="checkbox"/>	Otros motivos	<input type="checkbox"/> (<i>indique cuáles</i>)		
Me envía otro Dr./Dra. (<i>indique quién</i>)		Teléfono para localizarlo (si lo conoce):			

DATOS DE INTERÉS

Tiene disponibilidad horaria para venir a la clínica:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Día/s que preferiría:		
¿Qué horario preferiría para realizar su tratamiento?:	Me es indiferente <input type="checkbox"/>				
Mañanas	<input type="checkbox"/>	Tardes	<input type="checkbox"/>	De 8:00 a 10:00 horas	<input type="checkbox"/>
				De 14:00 a 16:00horas	<input type="checkbox"/>
				De 20:00 a 22:00 horas	<input type="checkbox"/>
				Sábados	<input type="checkbox"/>

¿Cuál es el motivo de su consulta?					
Estado civil:	Soltero/a <input type="checkbox"/>	Casado/a <input type="checkbox"/>	Viudo/a <input type="checkbox"/>	Separado/a <input type="checkbox"/>	¿Cuántos hijos tiene?
¿Viven sus padres?	<input type="checkbox"/>	¿Conservan su dentadura?	<input type="checkbox"/>	¿Padecieron Enf. Periodontal (piorrea)?	<input type="checkbox"/>
¿Es fumador?	<input type="checkbox"/>	Cigarrillos que fuma al día	<input type="checkbox"/>	Si es exfumador: ¿Hace cuánto?	<input type="checkbox"/>
				¿Cuántos cigarrillos fumaba al día?	<input type="checkbox"/>

¿Cuánto le preocupa perder sus dientes?	Poco <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>	Muchísimo <input type="checkbox"/>
¿Siente miedo al recibir tratamiento dental?	Poco <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>	Muchísimo <input type="checkbox"/>

