

Clínica
 Colegiado Nº
 Dirección
 CP Población
 Teléfono E-mail

Nombre del paciente DNI
 Profesión Fecha de nacimiento
 Domicilio CP Población
 Teléfono fijo Móvil e-mail
 En caso que usted esté rellenoando este formulario en lugar de otra persona ¿qué relación le une con ella?

¿Acude a revisiones médicas periódicas?

Sí NO

En los últimos 14 días

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Ha tenido fiebre? | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 8. ¿Ha estado en contacto con alguna persona con estos síntomas? | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha tenido dolor de garganta? | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 9. ¿Ha estado en contacto con alguna persona con sospecha o confirmación de COVID-19 (coronavirus)? | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha tenido pérdida del gusto o del olfato? | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 10. ¿Le han diagnosticado de COVID-19 (coronavirus)? | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido algún problema respiratorio, tos, fatiga? | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 11. En caso de haberla pasado, ¿sigue usted en cuarentena? | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tenido diarrea o algún síntoma digestivo? | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 12. ¿Su actividad laboral está considerada profesión de riesgo? | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido sensación de mucho cansancio? | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| 7. ¿Ha tenido visión doble? | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |

1. ¿Padece alguna enfermedad?

Sí NO

1.1. CARDIOVASCULARES

- a. Hipertensión (tensión alta) Sí NO
Tratamiento:
- b. Cardíacas (infarto, insuficiencia coronaria,...) Sí NO
Tratamiento:
- c. Prótesis valvular, stents... Sí NO
Tratamiento:
- d. Marcapasos Sí NO
Tratamiento:
- e. Fiebre reumática Sí NO
Tratamiento:

1.2. HEMATOLÓGICAS

- a. Alteración coagulación (antiagregantes, anticoagulados, hemorragias,...) Sí NO
Tratamiento:
- b. Otras (anemia...). Indique Sí NO
Tratamiento:

1.3. ENDOCRINAS

- a. Diabetes (azúcar en sangre) Sí NO
Tratamiento:
- b. Tiroides (hipotiroidismo, hipertiroidismo) Sí NO
Tratamiento:
- c. Otras. Indique Sí NO
Tratamiento:

1.4. DIGESTIVAS

- a. Problemas de estómago (gastritis, hernia de hiato, úlcera,...) Sí NO
Tratamiento:
- b. Problemas de hígado (hepatitis, cirrosis, ictericia,...) Sí NO
Tratamiento:
- c. Otras. Indique Sí NO
Tratamiento:

1.5. RESPIRATORIAS

- a. Insuficiencia respiratoria Sí NO
Tratamiento:
- b. Asma Sí NO
Tratamiento:
- c. Tuberculosis Sí NO
Tratamiento:
- d. Otros. Indique Sí NO
Tratamiento:

1.6. RENALES

- a. Insuficiencia renal Sí NO
Tratamiento:
- b. Diálisis Sí NO
Tratamiento:
- c. Otras (trasplantados). Indique Sí NO
Tratamiento:

1.7. OTORRINOLÓGICAS

a. Sinusitis Sí NO

Tratamiento:

b. Otras. Indique Sí NO

Tratamiento:

1.8. INFECCIOSAS

a. Hepatitis Sí NO

Tratamiento:

b. VIH/SIDA Sí NO

Tratamiento:

c. Tuberculosis Sí NO

Tratamiento:

d. Herpes Sí NO

Tratamiento:

1.9. REUMÁTICAS

a. Artritis Sí NO

Tratamiento:

b. Artrosis Sí NO

Tratamiento:

c. Prótesis articular Sí NO

Tratamiento:

d. Osteoporosis Sí NO

Tratamiento:

1.10. NEUROLÓGICAS

a. Alteraciones cognitivas Sí NO

Tratamiento:

b. Alteraciones motoras Sí NO

Tratamiento:

c. Convulsiones/Epilepsia/Ausencias/Desmayos Sí NO

Tratamiento:

d. TDAH/autismo Sí NO

Tratamiento:

1.11. PSIQUIÁTRICAS

a. Depresión Sí NO

Tratamiento:

b. Ansiedad Sí NO

Tratamiento:

c. Alteraciones de la conducta (esquizofrenia) Sí NO

Tratamiento:

2. RESUMEN DE LA MEDICACIÓN QUE TOMA:

3. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS U HOSPITALIZACIONES

Sí NO

4. ALERGIAS

a. Medicamentos Sí NO

Tratamiento:

b. Alimentos Sí NO

Tratamiento:

c. Metales Sí NO

Tratamiento:

d. Ambientales (polen , ácaros...) Sí NO

Tratamiento:

e. Otras Sí NO

Tratamiento:

5. HÁBITOS

a. ¿Fuma?¿Cuánto? Sí NO

b. ¿Bebe alcohol habitualmente? Sí NO

c. ¿Toma alguna sustancia adictiva? Sí NO

d. ¿Realiza ejercicio físico? Sí NO

e. ¿Usa protector bucal? Sí NO

6. MUJERES

a. ¿Está embarazada o sospecha que pueda estarlo? Sí NO

b. ¿Está dando lactancia materna? Sí NO

Declaro que los datos que he facilitado en el presente cuestionario son ciertos a mi buen saber y entender, comprendiendo y aceptando el tratamiento que se efectuará de los datos relativos a mi salud, según las finalidades indicadas.*

Madrid, a _____ de _____ de _____

Firma

Firma

Fdo.: El paciente

Fdo.: El odontólogo