



## DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos	<input type="text"/>	D.N.I.	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Población	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Móvil	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Correo Electrónico	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text"/>	Profesión	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>

## ¿CÓMO NOS HA CONOCIDO?

Me envía otro paciente (indique su nombre)	<input type="text"/>	Internet	<input type="checkbox"/>	Cartel puerta	<input type="checkbox"/>
Páginas amarillas	<input type="checkbox"/>	Publicidad	<input type="checkbox"/>	Nombre de revista	<input type="text"/>
Me envía mi Dentista el Dr./Dra.	<input type="text"/>				
Dirección	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>		

## DATOS DE INTERÉS

¿Tiene disponibilidad horaria para su tratamiento?	<input type="checkbox"/>	¿Puede venir cualquier día? (especificar)	<input type="text"/>
¿Cuál es el motivo de su consulta?	<input type="text"/>		
¿Es usted alérgico a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo ¿Cuál es?	<input type="text"/>
¿Es fumador?	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos al día?	<input type="text"/>
		¿Desde cuándo?	<input type="text"/>
Si es ex-fumador, ¿hace cuánto?	<input type="text"/>	¿Cuántos cigarrillos fumaba al día?	<input type="text"/>

## INDIQUE CON UNA "X"

¿Se está medicando en este momento? En caso afirmativo, detalle cualquier medicación que tome	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>				

¿Se siente usted nervioso al recibir tratamiento dental?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------

¿Usted está sintiendo dolor o molestias en éste tratamiento?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------



## PASTORCASAS

Indique con una cruz, cual de las siguientes cosas ha tenido o tiene actualmente:

- |                                                 |                                                |                                                  |                                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos    | <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Prótesis                | <input type="checkbox"/> Nerviosismo          |
| <input type="checkbox"/> Presión alta           | <input type="checkbox"/> Sinusitis             | <input type="checkbox"/> Glaucoma                | <input type="checkbox"/> TTO. Psiquiátrico    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - Leucemia      | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides | <input type="checkbox"/> Dolor Artcl. Mandibular | <input type="checkbox"/> Marcapasos           |
| <input type="checkbox"/> Embolia                | <input type="checkbox"/> Tranfusión de sangre  | <input type="checkbox"/> SIDA                    | <input type="checkbox"/> Hematomas            |
| <input type="checkbox"/> Problemas Riñones      | <input type="checkbox"/> Hemofilia             | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo           | <input type="checkbox"/> Drogadicción         |
| <input type="checkbox"/> Enfisemas              | <input type="checkbox"/> Quimioterapia         | <input type="checkbox"/> Hepatitis A (infec.)    | <input type="checkbox"/> Alergias / Picazones |
| <input type="checkbox"/> Gastritis / Úlceras    | <input type="checkbox"/> Artritis              | <input type="checkbox"/> Hepatitis B (Suero)     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis         |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos cortisona | <input type="checkbox"/> Reumatismo            | <input type="checkbox"/> Otras Hepatitis         | <input type="checkbox"/> Epilepsia            |

### INDIQUE CON UNA "X"

¿Has tenido alguna experiencia desagradable en un consultorio dental? Si  No

¿Has sido hospitalizado en los dos últimos años? Si  No

Cuando se corta. ¿Sangra mucho? Si  No

¿Ha aumentado o bajado más de 10 Kg. en el último año? Si  No

¿Está haciendo alguna dieta especial? Si  No

MUJERES. ¿Está embarazada? o ¿Cree que está embarazada? Si  No

MUJERES. ¿Usa anticonceptivos? Si  No

¿Toma alguna medicación para los huesos? Si  No

¿Le han comentado alguna vez que tiene mal aliento? Si  No

FECHA

FIRMA

La cumplimentación del presente formulario, supone la autorización por el usuario a que todos los registros (radiografías, fotografías, videos, imágenes y otros datos) que sobre usted se recopilen en cualquier formato o soporte, sean incluidos en un fichero propiedad de Clínica Dental Pastor Casas cuya finalidad es la información, estudio científico, divulgación y formación profesional, así como la confección de ofertas de los diversos servicios y/o productos de Clínica Dental Pastor Casas. Usted tiene derecho a acceder a esta información para oponerse, modificarla o cancelarla, mediante simple notificación por escrito, acompañada de una fotocopia de D.N.I. Asimismo, la inclusión de este formulario de su correo postal y/o electrónico supondrá su aceptación expresa e inequívoca para que la Clínica Dental Pastor Casas pueda, en su caso, remitirle comunicaciones comerciales o informativas a través del correo de conformidad con lo establecido en la Ley de Servicios de la Sociedad de la Información (LSSICE), sin perjuicio del derecho que le asiste a poder rebocar su consentimiento en cualquier momento posterior enviando, bien, una carta a nuestra dirección postal o un e-mail a [info@pastorcasas.com](mailto:info@pastorcasas.com) indicando el asunto: "No deseo recibir cartas / e-mail comerciales".

