



dr.manuelmáiquez
odontólogo

Datos Personales

Nombre	<input type="text"/>	Apellidos	<input type="text"/>				
Dirección	<input type="text"/>	Número	<input type="text"/>	Piso	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
Población	<input type="text"/>	D.N.I	<input type="text"/>	Letra	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/>	Profesión	<input type="text"/>	Fecha nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cómo me ha conocido?

Me envía otro paciente (*indique su nombre*)

Páginas amarillas Internet Publicidad Otros

¿Cuál es su dirección de correo electrónico?

Datos de interés

¿Es alérgico/a a algún medicamento? ¿A cuál?

¿Toma medicación por algún motivo? ¿Cuál?

Historial médico

<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Problema tiroides	<input type="checkbox"/> TTO. Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Cáncer – Leucemia	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Drogadicción
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fumador	<input type="checkbox"/> Hepatitis – SIDA

Motivo de consulta

<input type="checkbox"/> Revisión	<input type="checkbox"/> PADI	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> Férula de descarga
<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Sangrado	<input type="checkbox"/> Movilidad	<input type="checkbox"/> Sensibilidad
<input type="checkbox"/> Obturación	<input type="checkbox"/> Endodoncia	<input type="checkbox"/> Prótesis fija	<input type="checkbox"/> Prótesis removible
<input type="checkbox"/> Ortodoncia	<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Implantología	<input type="checkbox"/> Estética

Cuestionario odontológico

1. ¿Cuándo visitó por última vez al dentista?	<input type="text"/>
2. ¿Cuándo le hicieron la última tartrectomía? (<i>Limpieza bucal</i>)	<input type="text"/>
3. ¿Aprieta o rechina los dientes durante el día o la noche?	<input type="text"/>
4. ¿Le han realizado alguna vez una endodoncia? (<i>Matar el nervio</i>)	<input type="text"/>
5. ¿Lleva alguna prótesis, fija o removible? ¿Cuántos años la tiene?	<input type="text"/> <input type="text"/>
6. ¿Está satisfecho/a con la forma, color y posición de sus dientes?	<input type="text"/>
7. ¿Pertenece a alguna compañía médica privada? ¿Cuál?	<input type="text"/>

FIRMADO

Murcia, a de de 20

La cumplimentación del presente formulario, supone la autorización del usuario para que todos los registros (radiografía, fotografías, videos, imágenes y otros datos) que sobre usted se recopilen, en cualquier formato o soporte, sean incluidos en un fichero propiedad del Dr. Manuel Máiquez Gosálvez cuya única finalidad es la información, estudio científico, divulgación y formación profesional, así como la confección de ofertas de los diversos servicios y/o productos de nuestra clínica dental. Usted tiene derecho a acceder a esta información para oponerse, modificarla o cancelarla, mediante simple notificación por escrito, acompañada de una fotocopia del D.N.I. Así mismo, la inclusión en este formulario de su correo postal y/o electrónico, supondrá su aceptación expresa e inequívoca para que nuestra clínica pueda 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 revocar su consentimiento en cualquier momento posterior, enviando un correo electrónico a manuel_maiquez@hotmail.com indicando "No deseo recibir cartas / e-mail comerciales".