



Allgemeiner Anamnesebogen - **spanisch** -

Formulario de admisión

Name Apellido:..... Vorname Nombre:..... Geburtsdatum fecha de nacimiento:

Dirección: Adresse:.....

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei nein
Dispone de un seguro médico? Si, con..... NO

Estimado(a) paciente,

Enfermedades de todo tipo pueden afectar a su tratamiento. Por ello, le rogamos que lea y complete el siguiente formulario atentamente. De conformidad con el secreto profesional médico la información que usted nos proporcione en este formulario solo podrá ser utilizada para adaptar el tratamiento a su estado de salud.

(Por favor complete las siguientes preguntas, marcando con una cruz donde corresponda)

- 1. Toma usted medicamentos regularmente? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Si No
En caso afirmativo, cuales? Wenn ja, welche?.....
2. Toma usted medicamentos que cohiban, impidan o retarden la coagulación sanguínea (p.e. Marcumar, Pradaxa o. Xarelto)? Si No
Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?
En caso afirmativo, cuales? Wenn ja, welche?.....
3. Hay algún medicamento que no tolere? Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Si No
En caso afirmativo, cuál(es)? Wenn ja, welche?.....
4. Tiene usted reacciones alérgicas? Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Si No
- A determinados materiales? Bei bestimmten Materialien? Si No
- A determinados medicamentos? Bei bestimmten Arzneimitteln? Si No
- A determinados alimentos? Bei bestimmten Nahrungsmitteln? Si No
5. Tiene usted Haben Sie eine
- alergia a la penicilina? Penicillinallergie? Si No
- alergia al yodo? Jodallergie? Si No
- alergia al latex? Latexallergie? Si No
6. Tiene usted o ha tenido alguna enfermedad cardíaca? Si No
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?
- Alteraciones cardíacas congénitos o adquiridos? Si No
Angeborener o. erworbener Herzfehler?
- Trastornos o prótesis en alguna válvula cardíaca? Si No
Herzklappenfehler o. Herzklappenprothese?
- Endocarditis (proceso inflamatorio localizado en el revestimiento interno de las cámaras y válvulas cardíacas)? Herzinnenhautentzündung? Si No

- | | | |
|---|----|----|
| – Operaciones de corazón? Herzoperationen? | Si | No |
| – Lleva un marcapasos? Haben Sie einen Herzschrittmacher? | Si | No |
7. Sufre o ha sufrido de alguna de las siguientes enfermedades?
Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?
- | | | |
|--|----|----|
| – Enfermedades infecciosas (z.B. tuberculosis, hepatitis, sida)? Infektionskrankheiten | Si | No |
| – Enfermedades de hígado? Lebererkrankung? | Si | No |
| – Enfermedades de corazón (infarto cardiaco, Angina pectoris)? Herzerkrankung? | Si | No |
| – Hipertensión arterial? zu hoher Blutdruck? | Si | No |
| – Hipotensión arterial ? zu niedriger Blutdruck? | Si | No |
| – Derrame cerebral? Schlaganfall? | Si | No |
| – Enfermedades de riñón? Nierenerkrankungen? | Si | No |
| – Diabetes? Diabetes? | Si | No |
| – Enfermedades de tiroides? Schilddrüsenerkrankung? | Si | No |
| – Enfermedades sanguíneas o trastornos en la coagulación sanguínea?
Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? | Si | No |
| – Enfermedades en el sistema nervioso? Nervenerkrankungen? | Si | No |
| – Epilepsia? Epilepsie? | Si | No |
8. Ha tenido alguna operación en el último año? Sind sie im letzten Jahr operiert worden? Si No
En caso afirmativo, qué operación? Wenn ja, in welchem Körperbereich?.....
.....
9. Tiene o ha tenido lesiones en la mandíbula o la cara? Si No
Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer- Gesichtsbereich?
10. Ha tenido alguna reacción a inyecciones? Si No
Haben sie die Spritze beim Zahnarzt gut vertragen?
11. Ha sufrido de alguna hemorragia tras la extracción de un diente? Si No
Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?
Ha tenido algún tratamiento dental en relación a molestias generalizadas? Si No
Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?
12. Cuando fué la última ve que se hizo una radiografía? Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?
En qué parte del cuerpo? In welchem Körperbereich?
.....
13. **Para mujeres:** Bei Frauen:
Podría estar embarazada? Besteht eine Schwangerschaft? Si No
En caso afirmativo, en qué mes se encuentra del embarazo? Wenn ja, in welchem Monat?
14. Nombre y dirección del médico de familia: Name und Anschrift des Hausarztes:
.....

Lugar, fecha
Ort, Datum

Firma del paciente
Unterschrift des Patienten