



# Clinica Dental SCHMIEDER

**FRANK SCHMIEDER**

- Die Praxis für Dentale Konzepte -

Avda. Dés Bon Temps N° 8 B Tel. 971 58 74 69

## Alta

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_ Teléfono casa: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil : \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

### ¿Padece algún riesgo sanitario?

Si lo padece, ¿cuál es? \_\_\_\_\_ ¿Tiene diabetes? sí/ no

¿Tiene alergia? sí / no ¿Tiene Hepatitis B/C ? sí / no

Es sensible frente a medicamentos, metal... sí / no ¿Está infectado por el VIH (sida)? sí/ no?

¿Cuáles? \_\_\_\_\_ ¿Tiene glaucoma o cataratas? sí / no

¿Toma medicamentos regularmente? sí / no ¿Tiene asma? sí / no

Si los toma, ¿cuáles son? \_\_\_\_\_ ¿Tiene alguna enfermedad relacionada con las tiroides? sí / no

¿Lleva marcapasos? sí / no

¿Tiene algun transtorno circulatorio? sí / no ¿Está embarazada? sí / no

\_\_\_\_\_ Si lo está, ¿en qué mes se encuentra? \_\_\_\_\_

**Usted ha venido a nuestra clínica recomendado/a por** \_\_\_\_\_

**¿Quién es su medico?: ¿Cuál es su número de teléfono?** \_\_\_\_\_

**Si desea información sobre *bleaching*, limpiezas o implantes, basta que pregunte a nuestro personal.**

*Toda la anterior información es verdadera.*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma