



FORMULARIO DE INSCRIPCION

ADRIANA kieferorthopädie
WEISS orthodontics

Kieferorthopädische Praxis für Kinder und Erwachsene

Friedberger Landstr. 406

60389 Frankfurt

Telefon 069. 92 397 015

www.kfo-in-frankfurt.de

FICHA MEDICA

Estimados Pacientes,

Gracias por visitar nuestra consulta. Por favor complete las preguntas a continuación para poder hacer un análisis completo de su caso. Toda información que nos de sera tratada de forma estrictamente confidencial.

Muchas gracias.

Nombre y apellido del Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ femenino masculino

Dirección completa _____

Teléfono (fijo) _____ Teléfono (móvil) _____

Email _____

Nombre completo del padre/ la madre _____

Fecha de nacimiento _____ femenino masculino

Dirección completa _____

Profesión/Oficio _____ Teléfono (móvil) _____

Si el padre/la madre acompañante no posee la patria potestad porfavor complete

Nombre del tutor legal _____

Fecha de nacimiento _____ femenino masculino

Dirección completa (si es diferente) _____

Quien debe recibir la correspondencia/cuenta? padres tutor

Seguro medico del paciente

Privado. Nombre de la Aseguradora _____

Krankenkasse (seguro publico estatal). Nombre _____

Nombre de su odontólogo familiar _____

Quien le recomendó nuestra consulta? Odontólogo familiar Familia/ Amigos

Internet

Other _____

Porfavor de la vuelta



Le han tomado alguna Radiografía ultimamente? no si *Cuando?* _____

Ha estado ya en tratamiento de ortodoncia? no si *Donde?* _____

Ha recibido algun familiar tratamiento de ortodoncia? no si *Donde?* _____

Ha tendido algun problema de salud, o padece alguna de las enfermedades

Problemas cardiacos (del corazón) Diabetes (azúcar alta) Infecciones (HIV, Hepatitis)

Resfrios/Gripe Epilepsia Trastornos sanguíneos

Alergias a _____

Cirugías (Operaciones) *porfavor explique* _____

Problemas mentales o psíquicos

Toma algun medicamento? no si *Cuál?* _____

Ha tenido algún accidente con la cabeza/los dientes? no si *Cuando?* _____

Aprieta/gasta los dientes por la noche? no si

Ha tenido problemas de lenguaje? no si

Ha estado en tratamiento de logopedia/del lenguaje? no si *Cuando?* _____

Tiene algun habito ? (e.j. chupar dedo, morder uñas) no si *Cuál?* _____

Ronca por la noche? no si

Motivo/Razón por la cual acude a nuestra consulta

Con mi firma autorizo los estudios radiograficos en caso de ser necesarios para el tratamiento ahora o en el futuro y autorizo el pedido / el envío de Datos (por ej. Radiografías) a médicos tratantes (odóntologo familiar/ pediatra).

Con mi firma aseguro que toda la información arriba es correcta y se que **es mi obligación informar de cualquier cambio en el futuro**

Fecha y Firma del padre/tutor