

Spanisch

forma del registro y de la salud

Paciente:
Apellido nombre nacido

Sostenedor de política:
Apellido nombre nacido

Dirección:
Calle no.. Teléfono
.....
Código postal ciudad país

Seguro médico:

Profesión/ Patrono:

¡Por favor conteste exactamente las siguientes preguntas sobre su estado de salud!

- Enfermedades cardiovasculares:**
- Hipertensión arterial si no
 - Defecto cardio-valvular si no
 - Sustitución cardio-valvular si no
 - Marcapasos cardíaco si no
 - Endocarditis si no
 - Intervención en el corazón si no

- Ataques convulsivos (epilepsia) si no
- Asma/Enfermedades pulmonares si no
- Perturbaciones de coagulación de la sangre si no
- Diabetes si no
- Drogodependencia si no
- Enfermedades renales si no
- Desmayo si no

- Enfermedades infecciosas:**
- SIDA si no
 - Hepatitis si no
 - Tuberculosis si no

- Alergias o intolerancias:**
- Anestesia local/Inyecciones si no
 - Antibióticos si no
 - Analgésicos si no
 - Metales:.....

Otras enfermedades:

¿Existe un embarazo? si no

¿Qué medicamentos toma con regularidad o actualmente?
.....
Me comprometo a comunicar inmediatamente cualquier cambio que se presente durante el tiempo de tratamiento.

.....,a
Firma

Praxisstempel:

Notizen: