

CLÍNICA JANÉ

EQUIPO DR. LUIS JANÉ

Sobre usted

Apreciado paciente, a fin de ofrecerle el mejor tratamiento, necesitamos saber algunas cosas de usted. Le agradeceremos cumplimente todos los datos de este cuestionario, que será tratado con la máxima confidencialidad.

Nombre y Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Profesión : _____ NIF : _____

Teléfono móvil : _____ otro teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad : _____ D.P: _____

Mail: _____ ¿Quiere que le recordemos las citas mediante SMS? Si No

¿Quién le ha hablado de nosotros? : _____

¿Quiere añadir algo?: _____

Datos clínicos

¿Sufre o ha sufrido alguna enfermedad que crea debe indicarnos? ¿Cuál?

¿Le han operado alguna vez? ¿De qué?: _____

¿ Está tomando actualmente alguna medicación? ¿Cuál?

¿Es alérgico a algo? _____

Si es mujer, ¿ está embarazada? _____

Barcelona, a ____ de _____ de _____

Firma

CLÍNICA JANÉ

EQUIPO DR. LUIS JANÉ

Sobre sus experiencias dentales previas

A fin de conseguir los mejores resultados en su tratamiento, nos gustaría conocer algunos datos sobre usted. Marque uno de los siguientes símbolos para indicar si está de acuerdo o no con las afirmaciones siguientes:

😊 Sí 😐 No sé ☹ No

Sobre sus dientes:

¿Están manchados?	😊	😐	☹
¿Se han ido oscureciendo?:	😊	😐	☹
¿Tiene sensibilidad al frío?	😊	😐	☹
Siempre.	😊	😐	☹
Solo cuando bebe cosas frías.	😊	😐	☹

Sobre sus hábitos

¿Fuma habitualmente?	😊	😐	☹
¿Cuánto? _____			
¿Bebe habitualmente café o te?	😊	😐	☹
¿Cuánto? _____			

Sobre su sonrisa

¿Le gusta su sonrisa?	😊	😐	☹
¿Desearía mejorarla?	😊	😐	☹
Si se pudiese mejorar: ¿qué mejoraría?			
El color de sus dientes	😊	😐	☹
La alineación de sus dientes	😊	😐	☹
La forma de los dientes	😊	😐	☹
La apariencia de sus encías	😊	😐	☹
El aspecto general	😊	😐	☹
¿Ha recibido tratamiento estético anteriormente en sus dientes?	😊	😐	☹

¿Qué tratamiento? _____

¿Ha sido satisfactorio?	😊	😐	☹
-------------------------	---	---	---

CLÍNICA JANÉ

EQUIPO DR. LUIS JANÉ

Sobre sus encías

	😊 Si	😐 No sé	☹ No
¿Están sanas?	😊	😐	☹
¿Le sangran al comer o cepillarse	😊	😐	☹
¿Le duelen?	😊	😐	☹
¿Cree, o le han comentado que tiene mal aliento?	😊	😐	☹
¿Cuándo fue la última vez que se hizo una higiene dental? _____			

Sobre su mandíbula

¿Cual es la posición sin masticar de sus dientes superiores e inferiores?

Juntos	😊	😐	☹
Separados	😊	😐	☹
¿Sabe si aprieta sus dientes durante el día o la noche?	😊	😐	☹
Habitualmente	😊	😐	☹
Solo en momentos de tensión.	😊	😐	☹
Sufre dolor o ruidos al abrir o cerrar la mandíbula.?	😊	😐	☹
Se considera nervioso/a	😊	😐	☹

¿Quiere añadir algo?: _____

Fecha y firma.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Sr./ Sra.,

N.I.F., consiente que le sean practicadas las pruebas y registros necesarios para poder establecer un diagnóstico preliminar de su condición bucodental, lo que puede incluir recogida de información sobre historial médico y odontológico, radiografías, anestesia, medicación, fotografías, registros, maquetas intraorales, encerado diagnóstico, etc..

Del mismo modo entiende que en múltiples situaciones es necesario abordar operatoriamente la/s. zona/s problema para decidir su estado y posible tratamiento si fuera viable. Además, reconoce que ha sido informado/a de los posibles riesgos y complicaciones derivados de dichas pruebas aunque habitualmente no se produzcan, y que pueden variar de un caso a otro.

Barcelona a, _____ de _____ de

Firmado _____

CLÍNICA JANÉ

EQUIPO DR. LUIS JANÉ

CLINICA ECO, S.L.

Pomaret nº22, Torre

08017 BARCELONA

Barcelona, a de de

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en los ficheros de la CLINICA ECO, S.L. con el fin de prestarles los servicios de odontología y estomatología solicitados.

En este sentido, usted consiente de forma expresa a que sus datos sean tratados por la clínica y/o consultorio dental para dar cumplimiento a la finalidad indicada anteriormente.

Asimismo, le informamos que usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la C/ Pomaret nº22, Torre, 08017 Barcelona.

Del mismo modo, le informamos que mediante la aceptación del presente documento usted consiente de forma expresa, a que sus datos personales sean cedidos, única y exclusivamente en aquellos casos en que sea necesario, a los protésicos dentales y compañías aseguradoras con el fin de prestarle los servicios de odontología y estomatología solicitados.

DNI:

Firma (nombre y apellidos del paciente)

Representante legal: (nombre y apellidos del representante legal para el caso de menores)