



Allgemeiner Anamnesebogen - **spanisch** -

**Formulario de admisión**

Name Vorname Geburtsdatum  
 Apellido:..... Nombre:..... 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 eso, 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 Si No  
 coagulación sanguínea (p.e. Marcumar, Pradaxa o. Xarelto)?  
*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* Si No  
 – 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?*  
 – Malformación cardíaca congénita o adquirida? Si No  
*Angeborener o. erworbener Herzfehler?*  
 –  
 – Malformaciones o prótesis en alguna válvula cardíaca? Si No  
*Herzklappenfehler o. Herzklappenprothese?*  
 – Endocarditis (proceso inflamatorio localizado en el revestimiento interno de las ventrículos y válvulas cardíacas)? *Herzinnenhautentzündung?* Si No

- Operaciones de corazón? *Herzoperationen?* Si No
  - Lleva un cardíaco? *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 cardíaco, angina de pecho)? *Herzkrankung?* 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 de la coagulación sanguínea?  
*Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?* Si No
  - Enfermedades del 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?  
*Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer- Gesichtsbereich?* Si No
10. Ha tolerado bien la inyección en el médico dentista?  
*Haben sie die Spritze beim Zahnarzt gut vertragen?* Si No
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 relacionado con alguna dolencia en general? Si No  
*Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?*
12. Cuando fué la última vez 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 del embarazo se encuentra? *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*