

praxisgemeinschaft ambulante anästhesie

manfred schlechtriem | oliver asbach | michael rupperecht | elmar stein

am waldschlößchen 3 | 44795 bochum | fon 0172 9365202 | fax 0234 95294946

www.praxisgemeinschaft-anaesthesie.de

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 ein? 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 o. 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? Lebererkrankungen? | Si | No |
| – Enfermedades de corazón (infarto cardíaco, angina de pecho)? Herzerkrankungen? | 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? Schilddrüsenerkrankungen? | Si | No |
| – Enfermedades sanguíneas o trastornos de la coagulación sanguínea? Blutkrankheiten o. Blutgerinnungsstörungen? | Si | No |
| – Enfermedades del sistema nervioso? Nervenerkrankungen? | Si | No |
| – Epilepsia? Anfallsleiden? | 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? Si No
- Haben/hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?
10. Ha tolerado bien la inyección en el médico dentista? Si No
- Haben Sie die Spritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen?
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 zum letzten 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