**SOBRE TU CONTACTO: Fecha de llenado de formulario:** /  /   **Por donde me Contactaste:**

[*www.drpaulmaurette.com*](http://www.drpaulmaurette.com) ***Instagram:*** *@drpaulmaurette.* ***Whatsapp Bussines:*** *+58 014 3787470*

**Dr. Paul E. Maurette O’Brien MSc, PhD**

*Cirujano Buco-Maxilofacial*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres:  FORMULARIO DIGITAL DE DATOS DE PACIENTE |  | | | | | | Apellidos: |  | | |
|  |  | | | Edad: |  | | Fecha Nac: | /  / | Edo. Civil: | |
| Dirección: | |  | | | | | | | | |
| Teléfono Fijo: | |  | | Celular: | |  | | Correo: | Correo:       @ | |
| Remitido por: | | |  | | | | | | |

**Como puedo ayudarte en mi Consulta:**

**Cuentame un poco de tu Salud**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ***Si*** | ***No*** |  | ***Si*** | ***No*** |
| **Esta usted bajo tratamiento médico?** | |  |  | **Le han practicado alguna cirugía?** |  |  |
| *Porque y Cual:* | | | | *Indique:* | | |
|  | | | | | | |
| **Ha presentado reacción alérgica a:** | |  | | **Ha recibido alguna Transf. de sangre?** |  |  |
| *Otros: Indique:* | | | |  | | |
|  | | | | **Sangra excesivamente al cortarse?** |  |  |
| Sufre de la tensión: ALTA(   ) BAJA (  ) | |  |  |  | | |
|  | | | | | | |
| **Padece o ha padecido algún problema sanguíneo?** (Anemia, hepatitis, hemofilia, etc.) | |  | | **Antecedentes de Enfermedades en su Familia:** (Cardiacos, cáncer, etc.) |  | |
| *Otro: Indique:* | *Desde Cuando:*   /  / | | | *Otro: Indique:* | | |
|  | | | | | | |
| **Padece o ha padecido algún OTRO problema de Salud? (Gastritis, Asma, etc.)** | |  | | **COVID19: ¿tuvo o tiene algún síntoma que le haya hecho sospechar de haber tenido coronavirus?** |  | |
| *Otro: Indique:* | *Desde Cuando:*   /  / | | | *Por favor describalo:* | | |
|  | | | | | | |
| Sufre de herpes o aftas recurrentes? | |  |  | *Ud. Fuma:* NO(  ) *SI(*  )  *Nº de Cigarros (  )* | | |
|  | | | | | | |
| Sientes que te han dolido los musculos de la cara, por la cien, por la frente | |  |  | Sientes en algun momento del dia tension o presion en la mandibula? |  |  |
|  | | | | | | |
| Siente ruidos en la mandíbula al abrir o cerrar la boca? | |  |  | Ha tenido limitación al abrir o cerrar la boca o dolor frecuente por los oidos? |  |  |
|  | | | | *Describalo:* | | |

**Antecedentes Personales / Familiares / Habitos** *(resumen alteraciones que debamos conocer y que no fueron descritas arriba)*

*Ya arriba me contaste un poco de lo que te motivo a escribirme para que te vea en la consulta, ya me contaste un poco de tu salud. Ahora quisiera que me describas en pocas palabras lo que sientes que quieres mejorar, aquello que te incomoda.*