

## ESITIEDOT / INFORMATION PRECLINICAL

Nimi/nombre/name \_\_\_\_\_

Osoite/direccion/address \_\_\_\_\_

Puhelin/telefono \_\_\_\_\_

Synt.aika/fecha de nac./date of birth \_\_\_\_\_

DNI/NIE/Passport no. \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite/ e-mail: \_\_\_\_\_

Allergia/allergy? \_\_\_\_\_

Onko esiintynyt ongelmia paikallispuudutuksessa?/Usted ha tenido problemas con la anestesia local?/Have you had any problems with local anestesia? \_\_\_\_\_

Tupakoittekko? Usted Fuma? Do you smoke? \_\_\_\_\_

Milloin hampaanne on viimeksi hoidettu kuntoon?/Cuando fue la ultima vez que visito a la dentista?/When did you last visit the dentist? \_\_\_\_\_

Miksi hakeudutte hoitoon nyt? Tiene Usted dolor? Reason for getting treatment? \_\_\_\_\_

**Onko teillä tai onko teillä ollut jokin seuraavista sairauksista? Tiene usted? LÄÄKITYS/ Do you have any of the following diseases? SI NO MEDICATION**

Sydänsairaus/problemas con corazon/heart disease \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Reuma/artritis reumatoides/rheumatic disease \_\_\_\_\_

Keinonivel tai -läppä/protesis interno/ artificial joint or valve of the heart \_\_\_\_\_

Astma/asma \_\_\_\_\_

Säde-tai sytostaattihoito/kemo- o radioterapia/radio-therapy or cytostatic treatment \_\_\_\_\_

Muu sairaus/otra enfermedad/other disease \_\_\_\_\_

HEPATIITTI A,B,C/HEPATITIS A,B,C \_\_\_\_\_

AIDS/SIDA/HIV \_\_\_\_\_

Muu lääkitys/otra medicacion/other medication \_\_\_\_\_

Ylläolevat tiedot vakuutan oikeiksi / Aseguro que la información dada es cierta / The information given above is complete and truthful

Fuengirola /

Allekirjoitus/Firma/Signature