

FECHA

20.1.2025

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre	Oscar	Apellidos	Iglesias Docampo
Dirección			
C.P.	Población	D.N.I.	
Telf. Fijo	Móvil	E-mail	
Fecha de nacimiento	Actividad profesional		
Responsable legal (Si es menor)	D.N.I.		

Con el fin de mejorar nuestra atención, nos podría indicar

- ¿Cómo nos ha conocido?
- ¿Cuánto tiempo hace que asistió al dentista y por qué motivo?

Preguntas médicas

¿Toma algún medicamento? Sí  NO

En caso afirmativo, indique cuál OMEPRAZOL 20MG // ADIRO 100MG // RAMIPRIL 5MG // BISOPROLOL 2  
ATOZET (ATORVASTATINA 20MG - EZETIMIBA 10MG

¿Ha estado hospitalizado o sometido a cirugía en alguna ocasión? Sí  NO

En caso afirmativo, indique el motivo QUISTE PERIAPICAL, AMIGDALITIS, MENISCO

¿Es alérgico a alguna sustancia o medicamento? Sí  NO

En caso afirmativo, indique la sustancia o medicamento

¿Le han anestesiado alguna vez en el dentista? Sí  NO

¿Ha tenido algún problema con la anestesia en el dentista? Sí  NO

¿Es usted portador de marcapasos? Sí  NO

¿Está tomando tratamiento anticoagulante (adiro, sintrom, pradaxa, etc) Sí  NO

En caso afirmativo, indique la sustancia o medicamento ADIRO 100 MG

¿Ha tenido alguna hemorragia excesiva asociada a cirugía, extracciones dentales o traumatismos? Sí  NO

Sigue detrás

¿Padece o ha padecido alguna de estas enfermedades?

- |                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| Fiebre reumática                  | SÍ <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hipertensión arterial             | SÍ <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            |
| Diabetes                          | SÍ <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Alteraciones de tiroides          | SÍ <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Enfermedad del riñón              | SÍ <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Enfermedades de Pulmón            | SÍ <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hepatitis                         | SÍ <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| VIH/SIDA                          | SÍ <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Alteraciones psiquiátricas        | SÍ <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Epilepsia                         | SÍ <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Enfermedades neurológicas         | SÍ <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Alteraciones sanguíneas           | SÍ <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sustitución de válvulas cardíacas | SÍ <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Accidente vascular (ictus)        | SÍ <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Alteraciones cardíacas            | SÍ <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            |

En caso afirmativo, indique cuál ANGINA DE PECHO

¿Alergia a algún metal? SÍ  NO

En caso afirmativo, indique cuál \_\_\_\_\_

¿Fuma? SÍ  NO

En caso afirmativo, indique el consumo diario \_\_\_\_\_

¿Es consumidor habitual de alcohol o alguna droga? SÍ  NO

En caso afirmativo, indique cuál ALCOHOL OCASIONAL FIN DE SEMANA

¿Está embarazada? SÍ  NO

En caso afirmativo, de cuántas semanas \_\_\_\_\_

#### CLAÚSULA DE CONFIDENCIALIDAD

En Virtud de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (en adelante, RGPD), los Datos personales generados durante la asistencia sanitaria, imprescindibles para una atención médica adecuada, serán archivados bajo estricta supervisión y control profesional odontológico del titular de la presente ficha médica, siendo responsable de su conservación, mantenimiento y confidencialidad, según lo citado en dicho RGPD, teniendo el interesado derechos de Acceso, Rectificación, Supresión, Oposición o Limitación del tratamiento y Portabilidad dirigiéndose presencialmente a la dirección del Responsable del Tratamiento, o a través del correo electrónico [privacidad@hollenback.es](mailto:privacidad@hollenback.es), adjuntando fotocopia de su DNI. Además, el interesado tendrá derecho a la revocación de su consentimiento en cualquier momento a través de los canales citados.

**Paciente o responsable legal**

Nombre OSCAR IGLESIAS RECALVO

Apellidos \_\_\_\_\_

DNI 35309872L

Dr./a \_\_\_\_\_

Colegiado Nº \_\_\_\_\_

Firma

Firma