

FECHA

7/8/24.

## ANTECEDENTES MÉDICOS

## Datos del Paciente

Nombre N. LUCITA

Apellidos CARBALLO GONZALEZ

Dirección FRAGOSO 16 3D

C.P. 36210 Población UIGO

D.N.I. 35972407Q

Telf. Fijo

Móvil 698185935

E-mail NO TIENE

Fecha de nacimiento 20/10/46. Actividad profesional JUBILADA.

Responsable legal (Si es menor)

D.N.I.

Con el fin de mejorar nuestra atención, nos podría indicar

• ¿Cómo nos ha conocido?

Proximidad (Enrique Gomezena Carballo)

• ¿Cuánto tiempo hace que asistió al dentista y por qué motivo?

1 mes.

## Preguntas médicas

¿Toma algún medicamento? Sí  NO En caso afirmativo, indique cuál SINTROM  
IXIA (tensión); ACIDO URICO / TRANKINAZIN / COLESTERAOL¿Ha estado hospitalizado o sometido a cirugía en alguna ocasión? Sí  NO En caso afirmativo, indique el motivo LIGADURA  
TROOPAS; YESICUCA¿Es alérgico a alguna sustancia o medicamento? Sí  NO En caso afirmativo, indique la sustancia o medicamento ASPIRINA¿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  SINTROM

En caso afirmativo, indique la sustancia o medicamento

¿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 checked="" type="checkbox"/> | NO <input 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 type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |

En caso afirmativo, indique cuál

*trombosis pulmonar hace 5 años (2016)*

¿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

¿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, 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

Dr./a

*Ana Ramos González*

Colegiado N°

*36001245*

Firma



Nombre

*N. LUCITA*

Apellidos

*CARBAJO GUEZ*

DNI

*35572407A*

Firma

