

EB 10068

FECHA

06/09/2024

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre León Apellidos FAMELO URBANO
 Dirección RUA Pous leuz Pous, 4 2º A
 C.P. 36250 Población VIGO-GALIAS D.N.I. _____
 Telf. Fijo _____ Móvil _____ E-mail _____
 Fecha de nacimiento 17.10.2011 Actividad profesional _____
 Responsable legal (Si es menor) _____ D.N.I. _____

Con el fin de mejorar nuestra atención, nos podría indicar

• ¿Cómo nos ha conocido?

Internet

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

+ 1 año

Preguntas médicas

¿Toma algún medicamento? Sí NO

En caso afirmativo, indique cuál _____

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

En caso afirmativo, indique el motivo _____

¿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 _____

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

En caso afirmativo, indique cuál

¿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 Silvia
Colegiado N° 36001340

Nombre Nuvia
Apellidos Capacita Tran
DNI 36 194 382 C

Firma


Firma
