

FECHA

27 19 124

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre	Carlos	Apellidos	Outerral Collazo
Dirección	Florida, 32 5ª F		
C.P.	36210	Población	Vigo
Telf. Fijo		Móvil	664508029
Fecha de nacimiento	22/7/1946	E-mail	carlos.outerral@repro@gmail.com
Responsable legal (Si es menor)		Actividad profesional	NS/Retado
		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?
2020

Preguntas médicas

- ¿Toma algún medicamento? Sí NO
En caso afirmativo, indique cuál: Tensión/colesterol/Acid urico.
- ¿Ha estado hospitalizado o sometido a cirugía en alguna ocasión? Sí NO
En caso afirmativo, indique el motivo: Neumonia (5 años)
- ¿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, padaxa, 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 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 type="checkbox"/>	NO <input checked="" 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 _____
Colegiado N° _____

Firma

Nombre _____
Apellidos _____
DNI _____

Firma