

FECHA

30/9/24

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre MARÍA DEL CARMEN Apellidos CELA ACEVEDO  
Dirección PORTANET 4 8C  
C.P. 36210 Población VIGO D.N.I. 36051745E  
Telf. Fijo Móvil 639675030 E-mail -  
Fecha de nacimiento 11/12/60 Actividad profesional UNPIEZA  
Responsable legal (Si es menor) D.N.I.

Con el fin de mejorar nuestra atención, nos podría indicar

- ¿Cómo nos ha conocido?  
NUTEL DE JOSE FR19390
- ¿Cuánto tiempo hace que asistió al dentista y por qué motivo?

Preguntas médicas

¿Toma algún medicamento? Sí  NO

En caso afirmativo, indique cuál PASTILLA DIABETES

¿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 checked="" type="checkbox"/> |
| Diabetes                          | SÍ <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> TIPO II    |
| 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](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 M. Carmen

Apellidos Cela Acevedo

DNI

Dr./a J. Davila

Colegiado N° 1837

Firma

Firma