

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

¿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 checked="" type="checkbox"/> | NO <input 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 de un correo electrónico, 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.

Se adjunta Anexo de Consentimiento Informado para su firma

Dr./a _____

Colegiado N° _____

Firma

Paciente o responsable legal

Firma