

FECHA

22/10/24

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre Nº DE LAS NIEVES Apellidos CASTRO CAYETANO  
 Dirección NOAÑA L 1º D  
 C.P. 36209 Población VIGO D.N.I. 36044224G  
 Telf. Fijo \_\_\_\_\_ Móvil 677607630 E-mail -  
 Fecha de nacimiento 1/8/61 Actividad profesional - Desengañada  
 Responsable legal (Si es menor) \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Con el fin de mejorar nuestra atención, nos podría indicar

- ¿Cómo nos ha conocido?  
Proximidad
- ¿Cuánto tiempo hace que asistió al dentista y por qué motivo?  
2 meses

Preguntas médicas

¿Toma algún medicamento? Sí  NO  FLUXETINA / ATROBASTATINA / DEPRAX  
 En caso afirmativo, indique cuál EUTIROX / ADIRO / PANTOPRAZOL / SEDOTINE  
 ¿Ha estado hospitalizado o sometido a cirugía en alguna ocasión? Sí  NO   
 En caso afirmativo, indique el motivo FIBROMA / CIRUGÍA MAXILOFACIAL  
 ¿Es alérgico a alguna sustancia o medicamento? Sí  NO   
 En caso afirmativo, indique la sustancia o medicamento PRINPERAN  
 ¿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 checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            |
| Diabetes                          | SÍ <input type="checkbox"/>            | NO <input type="checkbox"/>            |
| Alteraciones de tiroides          | SÍ <input checked="" 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 10 / DIA

¿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 Nº DE LAS NIEVES

Apellidos CASTRO CAYETANO

DNI 360 44 224 G

Dr./a \_\_\_\_\_

Colegiado N° \_\_\_\_\_

Firma

Firma

Nieves Castro