

RN 13019

FECHA

[Empty box for date]

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre	LUCEÑO	Apellidos	IRENE SALGADO LUCEÑO
Dirección	RUA CARRAZONS Nº 40		
C.P.	36213	Población	Vigo
D.N.I.	36168874 V		
Telf. Fijo		Móvil	652956885
E-mail			
Fecha de nacimiento	27/04/53	Actividad profesional	SUBILADA
Responsable legal (Si es menor)			D.N.I.

alucentillo@hellenback.es

Con el fin de mejorar nuestra atención, nos podría indicar

• ¿Cómo nos ha conocido?

PACIENTE

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

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 checked="" 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 Tensión buja

¿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

Nombre _____

Apellidos _____

DNI _____

Dr./a _____

Colegiado N° _____

Firma

Firma