

FR. 19668

FECHA

28/11/24

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre **ROBERTO** Apellidos **MAURINO ÁLVAREZ**
 Dirección **Salveterra do mar, san roque terrado, 45**
 C.P. **-** Población **VIGO** D.N.I. **77000782-W**
 Telf. Fijo **-** Móvil **666611820** E-mail **robertomaurinoalvarez@smail.comercial, repartidor.**
 Fecha de nacimiento **21/4/78** Actividad profesional **comercial, repartidor.**
 Responsable legal (Si es menor) **-** D.N.I. **-**

Con el fin de mejorar nuestra atención, nos podría indicar

- ¿Cómo nos ha conocido?
RRSS. (Promo)
- ¿Cuánto tiempo hace que asistió al dentista y por qué motivo?
años // tiene cita en la S.S. // quee implantes

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 **aperitonitis**

¿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

EUROPEAN DENTAL DIVISION, S.L.U. B-27837954 - Avda. Frago, nº 45 - 36210 Vigo (Pontevedra) - NRS C-36-000464

¿Padece o ha padecido alguna de estas enfermedades?

Fiebre reumática

SÍ

NO

Hipertensión arterial

SÍ

NO

Diabetes

SÍ

NO

Alteraciones de tiroides

SÍ

NO

Enfermedad del riñón

SÍ

NO

Enfermedades de Pulmón

SÍ

NO

Hepatitis

SÍ

NO

VIH/SIDA

SÍ

NO

Alteraciones psiquiátricas

SÍ

NO

Epilepsia

SÍ

NO

Enfermedades neurológicas

SÍ

NO

Alteraciones sanguíneas

SÍ

NO

Sustitución de válvulas cardíacas

SÍ

NO

Accidente vascular (ictus)

SÍ

NO

Alteraciones cardíacas

SÍ

NO

En caso afirmativo, indique cuál

Tensión alta
Colesterol alto

¿Alergia a algún metal?

SÍ

NO

En caso afirmativo, indique cuál

¿Fuma?

SÍ

NO

En caso afirmativo, indique el consumo diario

cajetilla y media

¿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

Dña. Pego

Colegiado N°

1870

Nombre

ROBERTO

Apellidos

MAURISO ALVAREZ

DNI

Firma

Firma