



CLÍNICA DENTAL
Ponte Caldelas

Centro Adherido a

DR. HÖLLENBACK & ASOCIADOS
CENTROS DE ODONTOLÓGIA INTEGRAL

FECHA

27.01.2025

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre	Jose Miguel	Apellidos	Martinez SOLVADOR
Dirección	Amoedo o casalo nº17		
C.P.	36840	Población	Paras de Borden
Tel. Fijo		Móvil	627 265063
Fecha de nacimiento	12.3.2003	D.N.I.	39486079 R
Actividad profesional			
Responsable legal (Si es menor)			D.N.I.

Con el fin de mejorar nuestra atención, nos podría indicar;

- ¿Cómo nos ha conocido? Por Sílvia y Andrea Canda.
- ¿Hace cuánto tiempo asistió al dentista y por qué motivo? NUNCA FUE.

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, sintrón, pradaxa, etc)

En caso afirmativo, indique la sustancia o medicamento

¿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 type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diabetes	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Alteraciones de tiroides	SÍ <input 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 -----

1 cajetilla

¿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. Admás, 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° -----

Paciente o responsable legal

Firma

Firma