

RN #
13118



EXÖ-HÖLLENBACK
PASSION FOR THE PERFECTION

FECHA

12/02/2025

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre **BIANKA** Apellidos **MAYELI MONROY FERNANDEZ**
 Dirección **RVD URUGUAY 20 3-B**
 C.P. **35201** Población **VIGO** D.N.I. **39498721 Q**
 Telf. Fijo Móvil **651113629** E-mail **BIANKA.MAYELI@HOTMAIL.COM**
 Fecha de nacimiento **19/01/94** Actividad profesional **DESEMPLEADA**
 Responsable legal (Si es menor) D.N.I.

Con el fin de mejorar nuestra atención, nos podría indicar

- ¿Cómo nos ha conocido?
RUSS. -> BEAN QUE AMPENTU.
- ¿Cuánto tiempo hace que asistió al dentista y por qué motivo?
1 AÑO

Preguntas médicas

¿Toma algún medicamento? Sí NO

En caso afirmativo, indique cuál **LOZAPRIL, SERTRALINA, ALICOPOLAM**

¿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 **AMOXICILINA**

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 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

¿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 *VALER*

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

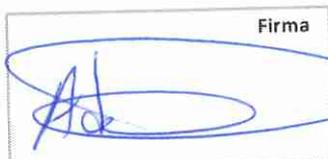
Dr./a Adrián Nox Torres

Colegiado Nº 36001881

Nombre BANKO MATEU

Apellidos MONROY FERNANDEZ

DNI 3549 8721 Q.

Firma


Firma
