



# CLÍNICA DENTAL Ponte Caldelas

Centro Adherido a

**DR. HÖLLENBACK & ASOCIADOS**  
CENTROS DE ODONTOLOGÍA INTEGRAL

FECHA

27.02.25

## ANTECEDENTES MÉDICOS

### Datos del Paciente

|                                 |                                   |                       |                            |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Nombre                          | Mario                             | Apellidos             | Uñas Lafado                |
| Dirección                       | C/ Cabaleiros n=44 Campaño - Poio |                       |                            |
| C.P.                            | Población                         | D.N.I.                |                            |
| Telf. Fijo                      | Móvil                             | 616690376             | E-mail sonicalafado@yha.es |
| Fecha de nacimiento             | 15/06/2012                        | Actividad profesional |                            |
| Responsable legal (Si es menor) | Sonia Lafado                      | D.N.I. 44079656-61    |                            |

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

- ¿Cómo nos ha conocido?

Por mi pareja

- ¿Hace cuánto tiempo asistió al dentista y por qué motivo?

hacer empastes

## Preguntas médicas

¿Toma algún medicamento? Sí  NO

En caso afirmativo, indique cuál benadon, alergico - cosmético

¿Ha estado hospitalizado o sometido a cirugía en alguna ocasión? Sí  NO

En caso afirmativo, indique el motivo Apendicite

¿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 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 -----

¿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 culaquier momento a través de los canales citados.

*Se adjunta Anexo de Consentimiento Informado para su firma*

Dr./a -----  
Colegiado Nº -----

Paciente o responsable legal

Firma

Firma