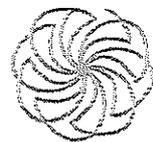


13144



EXÖ-HÖLLENBACK
PASSION FOR THE PERFECTION

FECHA

03/03/2025

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre **SONIA** Apellidos **RÍOS RODRÍGUEZ**
 Dirección **AVDA. BALANOS, 22 -4B**
 C.P. **36210** Población **UIYO** D.N.I. **36144247T**
 Telf. Fijo **—** Móvil **687160486** E-mail **—**
 Fecha de nacimiento **19/03/74** Actividad profesional **—**
 Responsable legal (Si es menor) **—** D.N.I. **—**

Con el fin de mejorar nuestra atención, nos podría indicar

¿Cómo nos ha conocido?

REFERIDA

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

Preguntas médicas

¿Toma algún medicamento? sí NO

En caso afirmativo, indique cuál **PIRITIS + INHALADOR**

¿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 **NOLOTIL**

¿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

CLINICAS SALUD DENTAL VIGO, S.L. - B-36933430 - Calle Jenaro de la Fuente, nº 22 Bajo - 36206 Vigo (Pontevedra) - NRS C-36-001918

¿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

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 SARA SOUTO MICAEL

Colegiado Nº 36001398



Firma