



EXÖ-HÖLLENBACK
PASSION FOR THE PERFECTION

FECHA

03/03/25

RN 13147

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre JUAN MANUEL Apellidos DOMINGUEZ MARQUEZ
 Dirección MAESTRO CHANE 10 4-D
 C.P. 36206 Población VIGO D.N.I. 360661715
 Telf. Fijo _____ Móvil 696.290.564 E-mail JHOMES@GMA.
 Fecha de nacimiento 14/12/65 Actividad profesional PROFESOR
 Responsable legal (Si es menor) _____ D.N.I. _____

Con el fin de mejorar nuestra atención, nos podría indicar

• ¿Cómo nos ha conocido?

RSS

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

6 MESES. REVISION + BLANQUEAMIENTO

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, 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

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 Noya Torre

Colegiado Nº 36001371

Firma 

Nombre J. MANUE DOMINGUEZ MORA

Apellidos _____

DNI 360661775

Firma 