

VE10463



EXÖ-HÖLLENBACK
PASSION FOR THE PERFECTION

FECHA

31/3/25

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre CRISTINA Apellidos FERNANDEZ SANCES
 Dirección CA MARINA 12
 C.P. 36317 Población WBO D.N.I. 36110477 Z
 Telf. Fijo Móvil 606051473 E-mail
 Fecha de nacimiento 18/41 70 Actividad profesional AUTONOMA
 Responsable legal (Si es menor) D.N.I.
crfesa@hol.ac.c

Con el fin de mejorar nuestra atención, nos podría indicar

- ¿Cómo nos ha conocido?
AMIGO PADRE
- ¿Cuánto tiempo hace que asistió al dentista y por qué motivo?
20 AÑOS

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 Reptiles no volar

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

¿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 *Metal no noble (niquel)*

En caso afirmativo, indique cuál

¿Fuma? sí NO

En caso afirmativo, indique el consumo diario *1700ml*

¿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 *P. Paillet*
 Colegiado Nº *35000566*

Nombre *CRISTINA*
 Apellidos *FERNANDEZ GARCIA*
 DNI *361104747*

Firma 

Firma 