

VE 10464



EXÖ-HÖLLENBACK
PASSION FOR THE PERFECTION

FECHA

3/3/25

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre MANUEL Apellidos ALONSO OTERO
 Dirección FAEZTA - 12
 C.P. 36314 Población VIGO D.N.I. 36-072413H
 Telf. Fijo Móvil 676153611 E-mail alonsootero@hotmail.com
 Fecha de nacimiento 31/12/1964 Actividad profesional AUTONOMO
 Responsable legal (Si es menor) D.N.I.

Con el fin de mejorar nuestra atención, nos podría indicar

- ¿Cómo nos ha conocido?
MEDIANTE AMIGO (PACIENTE)
- ¿Cuánto tiempo hace que asistió al dentista y por qué motivo?
20 AÑOS - EXTRACCION

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 APENDICITIS Y PIEDRAS EN EL RIÑON (LAPAROSCOPIA: 2024)

¿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

¿Padece o ha padecido alguna de estas enfermedades?

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| Fiebre reumática | sí <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hipertensión arterial | sí <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Diabetes | sí <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Alteraciones de tiroides | sí <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Enfermedad del riñón | sí <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades de Pulmón | sí <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hepatitis | sí <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| VIH/SIDA | sí <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Alteraciones psiquiátricas | sí <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Epilepsia | sí <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Enfermedades neurológicas | sí <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Alteraciones sanguíneas | sí <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sustitución de válvulas cardíacas | sí <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Accidente vascular (ictus) | sí <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Alteraciones cardíacas | sí <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |

calculus riñón

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

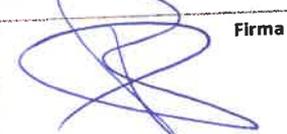
En caso afirmativo, de cuántas semanas

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 R. Paillet
 Colegiado Nº 36 000 566


 Firma

Nombre Manuel
 Apellidos Alonso Otero
 DNI 8607 24 3 H


 Firma