



CLÍNICA DENTAL Ponte Caldelas

Centro Adherido a

DR. HÖLLENBACK & ASOCIADOS
CENTROS DE ODONTOLÓGIA INTEGRAL

FECHA

11/03/2025

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre	Xeila	Apellidos	Muñoz ogondo
Dirección	Touron 104 B		
C.P.	36828	Población	P. Caldelas
D.N.I.	77410397X		
Telf. Fijo		Móvil	617549010
E-mail			
Fecha de nacimiento	17/01/1996	Actividad profesional	Camorera.
Responsable legal (Si es menor)			D.N.I.

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

- ¿Cómo nos ha conocido? *familiars*
- ¿Hace cuánto tiempo asistió al dentista y por qué motivo? *Mucho.*

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, 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 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 type="checkbox"/>	NO <input checked="" 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"/>

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 ----- 8 pitillos al día

¿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. Además, el interesado tendrá derecho a la revocación de su consentimiento en cualquier momento a través de los canales citados.

Se adjunta Anexo de Consentimiento Informado para su firma

Dr./a -----

Colegiado N° -----

Paciente o responsable legal

Firma

Firma