

R2 04427

FECHA

14/08/2024

ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos del Paciente

Nombre	FRANCISCO	Apellidos	PIQUETO ULLACON
Dirección			
C.P.	Población	D.N.I.	
Telf. Fijo	Móvil	E-mail	
Fecha de nacimiento	Actividad profesional		
Responsable legal (Si es menor)	D.N.I.		

Con el fin de mejorar nuestra atención, nos podría indicar

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

Preguntas médicas

- ¿Toma algún medicamento? Sí  NO  EDISTRINE  
Tenston
- En caso afirmativo, indique cuál ADIRO 100 / Atorvastatina 40
- ¿Ha estado hospitalizado o sometido a cirugía en alguna ocasión? Sí  NO
- En caso afirmativo, indique el motivo infarto (1 año)  
pero carditis / sinón
- ¿Es alérgico a alguna sustancia o medicamento? Sí  NO
- En caso afirmativo, indique la sustancia o medicamento intolerante Augmentine
- ¿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 Stend
- ¿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 <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hipertensión arterial             | SÍ <input checked="" 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"/>            |

riñón

sten

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

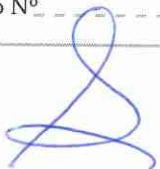
#### CLAÚSULA DE CONFIDENCIALIDAD

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](mailto: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 Ana Ramos  
Colegiado N° 36001245

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_

  
Firma

  
Firma