



Clínica Dental
World Smile

Sonríele a la Vida

H.C. N. 1355

FECHA

HISTORIA CLINICA

Anamnesis Filiación

Nombre del paciente: Beverley Preston
Edad: 61 Fecha de Nacimiento: 08/10/60 DNI: 1103022366
Domicilio: 13 Rue du cerde, Población/CP: MALVIES, 11300
Telf. Fijo: Telf. Móvil: 8033 640953588
Email: 3gitesthewind@gmail.com
MOTIVO DE LA CONSULTA:

ANTECEDENTES DE ESTADO DE SALUD

Le han indicado que Ud. ha tenido:

Alergia	()	Diabetes	()
Hepatitis infecciosa	()	Infección Venérea	()
Tuberculosis	()	Enfermedad cardíaca	()
Artritis	()	Úlceras Gastrointestinal	()

Otras Enfermedad ()

Ha sufrido o sufre Ud. de:

Presión Alta	()	Hemorragia	()
Presión Baja	()	Dolor articular	()
Dolor de pecho	()	Fiebre Frecuente	()
Heridas que no cicatrizan	()	Nerviosismo	()
Otro Síntoma	()		

¿Esta Ud. recibiendo alguna medicación? ()

¿Cuál? ¿Por qué? _

¿Reacciona Ud. anormalmente a algún medicamento? ()

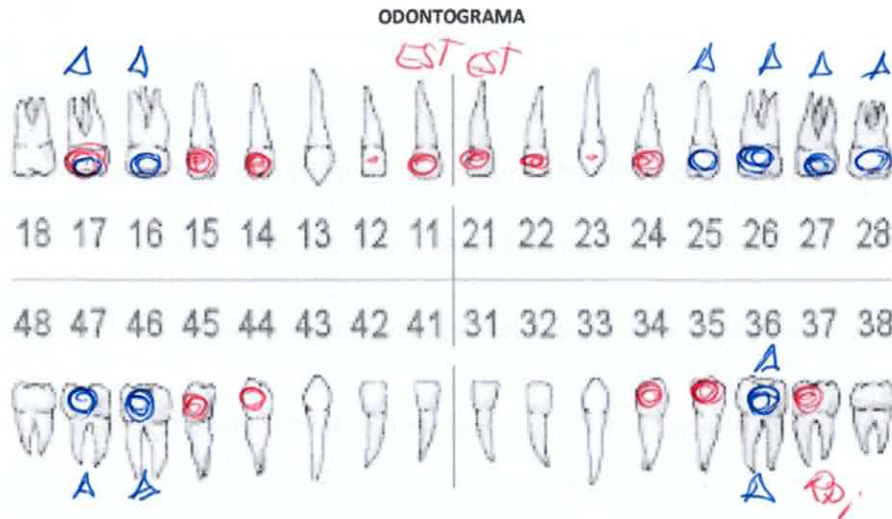
¿Esta Ud. embarazada? ()

¿Esta Ud. Lactando? ()

ANTECEDENTES DE ESTADO DE SALUD ESTOMATOLOGICO

	SI	NO
¿Controla su boca con visitas periódicas al dentista?	()	()
¿Ha sufrido de dolores intensos de dientes?	()	()
¿Le sangran las encías cuando usa el cepillo?	()	()
¿Usa dentadura postiza?	()	()
¿Se cepilla los dientes después de las comidas?	()	()

Su ficha de paciente e Historia médica serán tratados de forma estrictamente confidencial de la custodia de dichos datos por un plazo de 5 - 10 años desde la finalización del último tratamiento como exige el M de seguridad y consumo por RD 159/94 de 15 julio
De acuerdo con lo dispuesto en la norma vigente (ley orgánica 15/1999) le informamos que sus datos personales se integran en el fichero de clientes con la finalidad de ofrecerles los servicios que prestan o se decidan prestar en un futuro. Ud. tiene derecho a rectificar o cancelar sus datos personales recopilados en nuestro fichero salvo lo que respecta a datos necesarios para el mantenimiento de su relación con la clínica, así mismo nos da su consentimiento para que usted pueda recibir ofertas de diferentes productos y servicios a través de su correo electrónico u otro medio de comunicación equivalente. En caso de que no desee recibirlos o desee consultar rectificar o cancelar sus datos le rogamos comunicarlo por escrito dirigiéndose al Dpto. de Bases de Datos como responsable del fichero indicando claramente su nombre, apellidos y dirección.



Diagnóstico y Plan de tratamiento

CONTROL : 28, 26 PALATINO

Mediante este escrito Yo D/Dña.

Declaro.

PRIMERO.- Que el Dr. con número de colegiado del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la Región me ha informado personalmente y de manera fehaciente del tratamiento que me va a realizar, así como de los posibles riesgos que el mismo puede tener para mi salud e integridad física

SEGUNDO.- Que el tratamiento se llevara a cabo bajo anestesia local y de cuyos posibles riesgos también se me ha informado

TERCERO.- Que comprendo que el tratamiento puede extenderse hasta un año o más tiempo y en cuyo transcurso deberé visitar al facultativo periódicamente, cuidaré especialmente de mi higiene buco dental mediante las técnicas que me han indicado y me comprometo a seguir el tratamiento que el facultativo me ha prescrito. También entiendo que los resultados perseguidos pueden no obtenerse totalmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta aplicación. De mismo modo declaro haber sido informado/a de los posibles tratamientos alternativos, distintos al que me va a efectuar, descartándolos por ser este el más beneficioso para mi actual estado de salud.

CUARTO.- Doy mi consentimiento a la clínica dental World Smile (al equipo de profesionales de la clínica designada) a realizar el tratamiento pertinente, y acepto de antemano cualquier modificación, alternativa o variación que puede surgir, pues sé que es para beneficio propio

QUINTO.- Se me ha explicado con lenguaje claro y sencillo el tratamiento a seguir, permitiéndome el facultativo realizar todas las observaciones, también comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ningún tipo de explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. Por lo tanto manifiesto que estoy conforme con la información recibida y comprendo el alcance así como los riesgos del tratamiento. Y por ello PRESTO MI CONSENTIMIENTO a que se me realice el tratamiento mencionado en las condiciones reseñadas. Para que así conste:

Firma Medico

Firma paciente

En..... a..... de..... de 20.....



World Smile

Clínica Dental World Smile
Carrer Nou, 159 (17600) Figueres, Girona
Tlfs: 972 918 253 - 603 496 972
clinicadentalws@gmail.com

1355
BEVERLY PRESTON

13 RUE DU CERLE
11300 MALVIES
PARIS
0033640953588
3gitesthewind@gmail.com

Nº Presupuesto	Fecha Presupuesto
A / 856	13-11-2021

Página 1 de 1

	Concepto	Ud.	Precio	Dto	Importe
	Rec Compuesta 15 14 22 24 34 35 44 45	8,00	55,00	10	396,00
	Rec Compuesta RPI 37	1,00	65,00	10	58,50
	Rec Con Restauración 17	1,00	65,00	10	58,50
	Rec Estética 11 21	2,00	75,00	10	135,00
	Rec Simple 12 23	2,00	40,00	10	72,00

CONTROL 47 46 36 16 25 26 27 28

Importe Bruto 720,00

Base Imponible	IVA	Total
720,00 €	(0.00%) 0,00 €	720,00 €

Notas: El presupuesto es orientativo ya que por circunstancias clínicas nos podemos ver obligados al cambio de tratamiento. En todo momento se le comunicará al paciente.

Datos fiscales: Cristhoper Esquen CIF Y3263609S, C. NOU 159, FIGUERES(17600), GIRONA

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal se le informa que los datos personales facilitados voluntariamente y sin carácter obligatorio por usted han sido incorporados a un fichero o soporte de datos personales cuya titularidad corresponde a D^a Cristhoper Esquen (WORLD SMILE) con domicilio en C/. NOU, 159, BXS., 17600 de FIGUERES, quien procederá al tratamiento de sus datos personales sobre la base jurídica del consentimiento prestado por usted con la finalidad de prestarle los servicios de odontología y/o estomatología solicitados además del envío de comunicaciones por cualquier medio físico o electrónico para recordatorio de citas o revisiones periódicas. Sus datos personales no serán cedidos a terceros salvo obligación legal o previa información y solicitud de su consentimiento expreso para ello a excepción de aquellos casos en los que la prestación de los servicios requiera necesariamente el contacto con ficheros de terceros. Por último, se le informa que le asisten los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición al tratamiento, pudiendo ejercitarlos mediante petición escrita.

[illegible]