

3760

**HISTORIA DE SALUD MÉDICA**Nombre y apellidos: EMILIANO SAL VERDEJADirección CALLE 5UCIO RUIZ DE SACA Población TORRELA VEGACP 39300 Teléfono 627 542169 email \_\_\_\_\_Fecha de nacimiento 04-04-1975 DNI 13983918-XMOTIVO DE CONSULTA: CAIDA DE DIENTES

¿Qué cambiarías de tu sonrisa? \_\_\_\_\_

¿Tiene familiares que visiten la consulta? NO1. ¿Está siendo atendido por algún  Médico  Psiquiatra ?  Sí  NO

Nombre \_\_\_\_\_

2. Está usando medicamentos:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiótico            | <input type="checkbox"/> Anticoagulantes          | <input type="checkbox"/> Tranquilizantes |
| <input type="checkbox"/> Insulina               | <input type="checkbox"/> Medicina para la tensión | <input type="checkbox"/> Cortisona       |
| <input type="checkbox"/> Hormonas               | <input type="checkbox"/> Medicina para el corazón | <input type="checkbox"/> Aspirina        |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales | <input type="checkbox"/> Otros                    |  |

3. ¿Ha estado gravemente enfermo u hospitalizado?  Sí  NO

Si es afirmativo, explíquenos por qué

4. ¿Ha tenido problemas cardíacos?  Sí  NO

5. ¿Ha tenido alguna vez enfermedades contagiosas?

Hepatitis \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_ VIH \_\_\_\_\_ OTRAS NO6. ¿Está usted embarazada? NO Mes de gestación \_\_\_\_\_7. ¿Ha tenido alguna de las siguientes alteraciones? NO

- |                   |             |              |                     |              |
|-------------------|-------------|--------------|---------------------|--------------|
| - Ataque cerebral | Artritis    | Diabetes     | Anemia              | Glaucoma     |
| - Cáncer o tumor  | Epilepsia   | Depresiones  | Alteraciones hígado | Úlcera       |
| - Desmayo         | Alt.riñones | Osteoporosis | Quimioterapia       | Radioterapia |

8. ¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción anómala a algún medicamento? NO

- |                    |              |                 |            |
|--------------------|--------------|-----------------|------------|
| - Anestesia dental | Penicilina   | Tranquilizantes | Sulfamidas |
| - Tetraciclina     | Metrodinazol | Aspirina        | OTROS:     |

Marcando las siguientes casillas, doy mi autorización a ALBERTO SUAREZ SANCHEZ, para que pueda remitirme por correo ordinario o cualquier otro medio (teléfono/mail/sms/apps de mensajería):

Felicitaciones navideñas:  SI  NO ; Información comercial sobre productos, servicios, ofertas, descuentos:  SI  NO  Del mismo modo marcando las siguientes casillas, CONSIENTO de forma expresa a Torredent Centro Médico Dental a que datos personales relacionados con mi tratamiento clínico, como puedan ser imágenes de la cara y/o cavidad bucal, captadas en la consulta puedan ser:

Mostradas a otros pacientes con fines promocionales y de marketing:  SI  NO Compartidas con otros profesionales como caso de estudio clínico:  SI  NO Expuestas en congresos o en cursos profesionales con fines docentes:  SI  NO Expuestas en publicaciones científicas como instrumento de divulgación médica:  SI  NO Expuestas en la página web de la consulta o redes sociales, con fines promocionales y de marketing:  SI  NO