

3760

HISTORIA DE SALUD MÉDICANombre y apellidos: EMILIANO SAL VERDEJADirección CALLE SUCIO RUIZ DE SALA Población TORRELAVEGACP 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 ☐