

## DATOS PERSONALES

Nombre ..... Apellidos .....

Calle ..... N° ..... Piso ..... Letra .....

C.P. .... Población ..... Provincia ..... D.N.I. ....

Tfno fijo ..... Móvil ..... Fecha nacimiento ..... / ..... / .....

Seguro médico ..... Mail .....

¿Cómo ha conocido la Clínica? (Publicidad, familiares, otros...) .....

**MOTIVO DE LA CONSULTA** (Breve descripción) .....

## DATOS DE SALUD

¿Fuma habitualmente? SI  NO  ¿Cuántos? .....

¿Tiene alguna alergia conocida? SI  NO  ¿Cuál? .....

¿Has sido operada alguna vez? SI  NO  ¿De qué? .....

¿Toma habitualmente algún medicamento? SI  NO  ¿Cuál? .....

¿Está o cree que puede estar embarazada? SI  NO

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad? Asma  Hepatitis A  B  C

Diabetes  Hipertensión arterial

Hipertiroidismo  Gastritis o úlcera gástrica

Hemorragias frecuentes  Enfermedades de los huesos

VIH  Otras .....

## INFORMACIÓN BÁSICA RELATIVA AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

<b>Responsable:</b>	Clínica Bilbao, S.L.	<b>Finalidad:</b>	Prestación del servicio odontológico a los pacientes.
<b>Legitimación:</b>	Ejecución de un contrato en el que el interesado es parte.	<b>Destinatarios:</b>	No está prevista la cesión de datos a terceros salvo obligación legal.
<b>Derechos:</b>	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos tal y como se indica en la información adicional.	<b>Información adicional:</b>	Puede consultar la información adicional en la hoja adjunta y en <a href="http://www.clinicabilbao.com/politica_privacidad">www.clinicabilbao.com/politica_privacidad</a>

Quiero recibir comunicaciones de promociones, boletines de noticias y demás información relacionada con la salud: SI  NO

Firma

Fecha ..... / ..... / .....