



Clínica Dental World Smile

Sonríele a la Vida

H.C. N. 1232
FECHA 04.08.21

HISTORIA CLINICA

Anamnesis Filiación

Nombre del paciente: MARC ASHTON
Edad: 22-5-1959 Fecha de Nacimiento: 22-5-1959 DNI:
Domicilio: 13 RUE DU CERCLÉ Población/CP: MALVIES - 11300 FRANCIA
Telf. Fijo: 0033 0640967573876 Telf. Móvil: 0033 0640936616
Email: SUPASCUBA@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.

RESPONSABLE DEL TRACTAMENT: D^a LIDIA TERRADAS PÉREZ (WORLD SMILE).

DADES DE CONTACTE: Carrer Nou, 159, Bxs., 17600 Figueres.

TELÈFON: 620 605 288

DELEGAT DE PROTECCIÓ DE DADES:

FINALITAT

La finalitat primordial és recollir dades de l'estat de salut del pacient amb l'objecte de facilitar l'assistència sanitària, deixant constància de totes aquelles dades que, sota criteri mèdic, permetin el coneixement veraç i actualitzat de l'estat de salut d'una persona pacient. Així mateix també s'utilitzaran les dades per a la gestió administrativa (incloent recordatoris de cites) i la facturació dels serveis prestats.

TERMINI DE CONSERVACIÓ

Les dades de salut, inclosos en l'historial clínic es conservaran, per obligació legal, per un termini mínim de 5 anys.

Les dades relatives a la gestió administrativa i de facturació dels serveis durant els terminis legals establerts en la legislació mercantil i tributària.

DESTINATARI (CESSIÓ DE DADES)

Les dades recollides, en determinats casos, han de ser cedits a,

1. Laboratoris protètics i d'anàlisi quan sigui necessari per al tractament amb l'única finalitat de prestar el servei sanitari.

☒ Autoritzo que es cedeixin les meves dades personals.

2. Mútues i assegurances mèdiques si vostè és titular d'alguna pòlissa d'aquest tipus, amb l'única i exclusiva finalitat de gestionar el servei amb la companyia d'assegurances.

☒ Autoritzo que es cedeixin les meves dades personals.

3. Entitats financeres en el cas que vostè decideixi finançar el seu tractament.

☒ Autoritzo que es cedeixin les meves dades personals.

4. Gestoria amb l'única finalitat de facturar els serveis prestats i complir amb la legislació fiscal i mercantil.

☒ Autoritzo que es cedeixin les meves dades personals.

En alguns casos es realitzen fotografies odontològiques amb la finalitat de mostrar en llocs web, xarxes socials, congressos mèdics o amb fins de docència, el resultat del nostre treball.

☒ Autoritzo que s'utilitzin les meves fotografies odontològiques amb les finalitats indicades.

També volem posar-nos en contacte amb vostè per recordar-li les cites i revisions que li corresponguessin, mitjançant correu postal, electrònic, SMS, whatsapp o similar. Així com informar-li de les novetats i nous serveis de la clínica.

☒ Autoritzo l'enviament de comunicacions per mitjans postals o electrònics de cites o revisions amb la clínica.

☒ Autoritzo l'enviament de comunicacions per mitjans postals o electrònics per rebre comunicacions comercials de la clínica,



World Smile

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

1232
MARC ASHTON

RUE DU CERCLE 13
11300 FRANCIA
FRANCIA
00330640936016
supascuba@gmail.com

N° Presupuesto	Fecha Presupuesto
A / 655	04-08-2021

Página 1 de 1

Concepto	Ud.	Precio	Dto	Importe
Exo por implante 46 43 42 41 31 33 34 35 36	9,00	35,00	10	283,50
Implante Dental 6 superiores	6,00	450,00	10	2.430,00
Implante Dental 6 inferiores	6,00	450,00	10	2.430,00
Elevación de seno	2,00	600,00	10	1.080,00
prótesis hibrida superior	1,00	3.250,00	10	2.925,00
prótesis hibrida inferior	1,00	3.250,00	10	2.925,00
prótesis inmediata inferior	1,00	360,00	10	324,00
prótesis inmediata superior	1,00	360,00	10	324,00
Marc Ashton 12	12		10	1296,00

Importe Bruto 12.721,50

Base Imponible	IVA	Total
12.721,50 €	(0.00%) 0,00 €	12.721,50 €
		14.077,50 €

Marc Ashton

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.

PAYMENTS WORLD SMILE.

DATE	AMOUNT	TOTAL
23/08/21	283.50	
26/08/21	324.00	607.50
05/10/21	1080.00	1687.50
19/10/22	2000.00	3687.50
04/11/22	2000.00	5687.50
21/11/22/	2000.00	7687.50



World Smile

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

1232
MARC ASHTON

RUE DU CERCLE 13
11300 FRANCIA
FRANCIA

N° Presupuesto	Fecha Presupuesto
A / 1484	14-06-2022

Página 1 de 1

Concepto	Ud.	Precio	Dto	Importe
TRATAMIENTOS REALIZADOS				
Exo por implante inferior	9,00	35,00	10	283,50
Elevacion de seno	2,00	600,00	10	1.080,00
Implante Dental inferior	6,00	450,00	10	2.430,00
Implante Dental superior	6,00	450,00	10	2.430,00
PROTESIS hibrida sup e inf	2	3.250	10	5.850
				Importe Bruto 6.223,50

Base Imponible	IVA	Total
6.223,50 €	(0.00%) 0,00 €	6.223,50 €

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.

12.073,5€

PENDIENTE

4.386 €

07.02.23



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

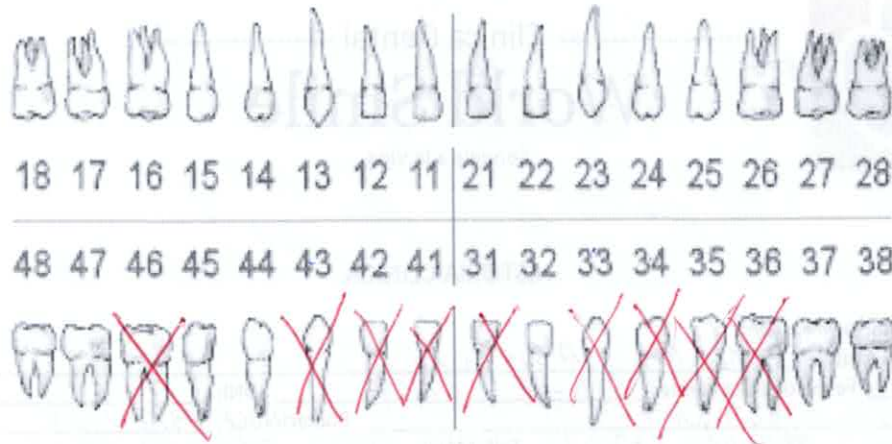
De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal se le informa que los datos personales facilitados voluntariamente y sin carácter obligatorio por usted han sido incorporados a un fichero o soporte de datos personales cuya titularidad corresponde 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 dirigida al titular del fichero o soporte con copia de su DNI, bien por vía postal o bien por vía electrónica a clinicadentalws@gmail.com.

LISTADO RECIBOS de COBROS

Nº Recibo	Fecha de Cobro	Cliente	Importe
2597	04-11-2021	MARC ASHTON	1502
2384	08-11-2021	MARC ASHTON	1000
1919	24-08-2021	MARC ASHTON	324
1838	19-08-2021	MARC ASHTON	283,5
			3109,5




ODONTOGRAMA



Diagnóstico y Plan de tratamiento

Exo por implante
 6 implantes sup e inf
 Elevación de seno (I, II)
 Híbrida sup e inf
 Prótesis inmediata sup e inf

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.....

Marc H. [Signature]