

# Periodontal Associates Of Memphis

www.PerioMem.com  
6268 Poplar Ave • Memphis, TN 38119

Info@PerioMem.com  
(901)761-3770

## Historia clínica N.º de expediente

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Nombre del paciente:

Nombre preferido

Apellido

Nombre

Inicial intermedia

Título:

Género:

Sr/Sra/Srta/etc

Masculino  Femenino

Situación familiar:

Casado  Soltero  Niño  Otro

Fecha de nacimiento:

Visita previa:

Dirección de correo electrónico:

Teléfono:

Casa

Móvil

Trabajo

Ext.

Mejor hora para llamar:

Dirección:

Dirección 1

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del médico y fecha del último examen:

Nombre y número de teléfono de la farmacia:

Nombre, relación y número de teléfono del contacto de emergencia:

## Alertas médicas de Dentrix

Marque todas las que correspondan:

Si NINGUNA, marque "SIN TRASTORNOS MÉDICOS".

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> * Alergia-NINGUNA             | <input type="checkbox"/> **Med. prev. - Amox            | <input type="checkbox"/> **Med. prev. - Clind          | <input type="checkbox"/> **Med. prev. - Otro             |
| <input type="checkbox"/> **Med. prev. no neces.        | <input type="checkbox"/> *Alergia - Aspirina            | <input type="checkbox"/> *Alergia - Codeína            | <input type="checkbox"/> *Alergia - Eritro               |
| <input type="checkbox"/> *Alergia - Yodo               | <input type="checkbox"/> *Alergia - Joyería             | <input type="checkbox"/> *Alergia - Látex              | <input type="checkbox"/> *Alergia - Otra                 |
| <input type="checkbox"/> *Alergia - Sulfa              | <input type="checkbox"/> *Alergia-Penicilina            | <input type="checkbox"/> *Alergia-Mariscos             | <input type="checkbox"/> *Alergia-Acetamin...            |
| <input type="checkbox"/> *Alergia-Adhesivo             | <input type="checkbox"/> *Alergia-Amoxicilina           | <input type="checkbox"/> *Alergia-Anestésicos          | <input type="checkbox"/> *Alergia-Augmentin              |
| <input type="checkbox"/> *Alergia-Cefalexina           | <input type="checkbox"/> *Alergia-Cefalosporina         | <input type="checkbox"/> *Alergia-Ciprofloxacina       | <input type="checkbox"/> *Alergia-Clindamicina           |
| <input type="checkbox"/> *Alergia-Doxiciclina          | <input type="checkbox"/> *Alergia-Eritromicina          | <input type="checkbox"/> *Alergia-Hidroxizina          | <input type="checkbox"/> *Alergia-Lorazepam              |
| <input type="checkbox"/> *Alergia-Meperidina           | <input type="checkbox"/> *Alergia-Metronidazol          | <input type="checkbox"/> *Alergia-AINE                 | <input type="checkbox"/> *Alergia-Esteroides             |
| <input type="checkbox"/> *Alergia Tetraciclina         | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido                  | <input type="checkbox"/> TDA                           | <input type="checkbox"/> TDAH                            |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad suprarrenal        | <input type="checkbox"/> Fib. auricular                 | <input type="checkbox"/> Sida                          | <input type="checkbox"/> Trastorno de consumo de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer       | <input type="checkbox"/> Anemia                         | <input type="checkbox"/> Angina/Dolor de pecho         | <input type="checkbox"/> Ansiedad                        |
| <input type="checkbox"/> Artritis                      | <input type="checkbox"/> Huesos artificiales            | <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales   | <input type="checkbox"/> Asma                            |
| <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune          | <input type="checkbox"/> Trastorno de la coagulación    | <input type="checkbox"/> Coágulos                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea            |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulante                | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre          | <input type="checkbox"/> Diabetes límite               | <input type="checkbox"/> Cáncer                          |
| <input type="checkbox"/> Stents cardiacos              | <input type="checkbox"/> Quimioterapia                  | <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica            | <input type="checkbox"/> Paladar hendido                 |
| <input type="checkbox"/> Colitis                       | <input type="checkbox"/> Colostomía                     | <input type="checkbox"/> Defecto cardiaco congénito    | <input type="checkbox"/> EPOC                            |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cosmética             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn            | <input type="checkbox"/> Demencia                      | <input type="checkbox"/> Ansiedad dental                 |
| <input type="checkbox"/> Depresión                     | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1                | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2               | <input type="checkbox"/> Diálisis                        |
| <input type="checkbox"/> Mareos                        | <input type="checkbox"/> Trastorno de consumo de drogas | <input type="checkbox"/> Enfisema                      | <input type="checkbox"/> Endocarditis                    |
| <input type="checkbox"/> Epi - PRECAUCIÓN              | <input type="checkbox"/> Epi - NO USAR                  | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones        | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo               |
| <input type="checkbox"/> Desmayos                      | <input type="checkbox"/> Ampollas por fiebre            | <input type="checkbox"/> Bypass gástrico               | <input type="checkbox"/> Glaucoma                        |
| <input type="checkbox"/> Gota                          | <input type="checkbox"/> Lesiones de cabeza             | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza             | <input type="checkbox"/> Problemas del oído              |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco               | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca            | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca        | <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco                  |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cardiaca              | <input type="checkbox"/> Enfermedad de válvula cardiaca | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula cardiaca | <input type="checkbox"/> Hemofilia                       |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                    | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis C                     |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis E                   | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta          | <input type="checkbox"/> Colesterol alto               | <input type="checkbox"/> VIH                             |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno en casa               | <input type="checkbox"/> VPH                            | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo               | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo                  |
| <input type="checkbox"/> Cirugía ocular/intraocular    | <input type="checkbox"/> Ritmo cardiaco irregular       | <input type="checkbox"/> Intestino irritable           | <input type="checkbox"/> Ictericia                       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal              | <input type="checkbox"/> Liquen plano                   | <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática             | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática             |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja         | <input type="checkbox"/> Lupus                          | <input type="checkbox"/> Hipertermia maligna           | <input type="checkbox"/> Mastectomía                     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Meniere         | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral     | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple           | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular              |
| <input type="checkbox"/> Narcolepsia                   | <input type="checkbox"/> Neuropatía                     | <input type="checkbox"/> SIN TRASTORNOS MÉDICOS        | <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano            |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis                 | <input type="checkbox"/> Osteopenia                     | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                  | <input type="checkbox"/> Otro                            |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos                    | <input type="checkbox"/> Parkinson                      | <input type="checkbox"/> Mala circulación              | <input type="checkbox"/> Embarazo                        |
| <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico        | <input type="checkbox"/> Radioterapia                   | <input type="checkbox"/> Consumo de drogas recreativas | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios         |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de piernas inquietas | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática               | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide           | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales           |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                  | <input type="checkbox"/> Herpes zóster                  | <input type="checkbox"/> Falta de aire                 | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes   |
| <input type="checkbox"/> Problemas sinusales           | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                | <input type="checkbox"/> ETS                           | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal                |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular     | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea            | <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco             | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                    |
| <input type="checkbox"/> Tumores                       | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria         | <input type="checkbox"/> Vértigo                       | <input type="checkbox"/> Xerostomía (boca seca)          |

Estatura \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

**Cáncer**

Quimioterapia  Radiación  Cirugía

Tipo de cáncer y fecha del diagnóstico

**Embarazo**

¿Actualmente está embarazada o amamantando?  Sí  No

¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_

**Consumo de tabaco:**

Actualmente consume tabaco  Nunca ha consumido tabaco  Lo dejó hace MÁS de 1 año  Lo dejó hace MENOS de 1 año

**Tipo de tabaco que consume:**

Cigarrillos  Pipa/Puro  Sin humo  Vapeo

¿Cuántos años ha fumado? \_\_\_\_\_

¿Cuántos cigarrillos o puros fuma al día? \_\_\_\_\_

**Consumo de alcohol y drogas:**

¿Bebe alcohol?  Sí  No  
Si bebe alcohol, ¿cuántas bebidas consume por semana? \_\_\_\_\_

¿Consume alguna droga recreativa?  Sí  No

**Medicamentos previos:**

¿Necesita antibióticos previos antes del tratamiento dental?  Sí  No

Si contestó que sí, ¿para qué enfermedad y qué toma?

¿Ha tomado CUALQUIER medicamento (oral o inyectado) para la pérdida ósea en los últimos 5 años, como Fosamax, Actonel, Boniva, Zometa, Aredia/Prolia, XGEVA, o Reclast?

Sí  No

¿Ha tomado o está tomando anticoagulantes, como aspirina, Coumadin, warfarina, Plavix (bisulfato de clopidogrel), Pradaxa, Xarelto, o Eliquis?

Sí  No

¿Toma ajo, jengibre, ginko biloba, o ginseng?

Sí  No

**Diabetes**

¿Cuál es su nivel de A1C? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su nivel de glucosa en la sangre en ayunas? \_\_\_\_\_

**PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, INCLUYA A LOS MEDICAMENTOS RECETADOS Y DE VENTA LIBRE, LAS VITAMINAS Y LOS SUPLEMENTOS**

Escriba todos los medicamentos que toma actualmente, un medicamento por renglón:

---

---

---

### **INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS A FÁRMACOS**

Escriba todos los medicamentos y agentes alérgenos a los que haya tenido una reacción adversa, y cuál fue la reacción; por ejemplo: "Penicilina - Erupción cutánea" o "Codeína - náuseas".

---

---

---

Escriba todas las demás enfermedades o trastornos que tiene o ha tenido. Incluya todos sus procedimientos quirúrgicos previos y sus fechas.

---

---

---

---

En la medida de mi conocimiento, he contestado todas las preguntas de manera completa y precisa. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad, y que me corresponde la responsabilidad de informar a Periodontal Associates of Memphis sobre cualquier cambio en mi estado de salud.

---

Fecha de contestación: \_\_\_\_\_