



Dr. Anthony Clark / Dr. Shawn M. Fox

P 559.733.3377 | F 559.733.5614
535 North Akers Street | Visalia, CA 93291

Cgvisalia.com

Gracias por elegir Clark General & Implant Dentistry

Información del paciente

Nombre _____ Fecha _____
Número de seguro _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono móvil _____
Dirección _____ Teléfono de casa _____
Ciudad/Estado/Código _____ Otro teléfono _____
Correo electrónico: _____
Marque el cuadro apropiado: Joven Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a
Nombre del padre/tutor legal/marido _____ Relación _____
¿Cómo aprendió usted de nosotros? _____
Contacto de emergencia _____ Relación _____
Teléfono del contacto de emergencia _____

Información de la persona responsable

Nombre de la persona responsable _____ Relación _____
Dirección _____ Teléfono móvil _____
Ciudad/Estado/Código _____ Teléfono de casa _____
Número de seguro _____ Fecha de nacimiento _____
¿Es paciente en nuestra oficina ahora? Sí No
Debe pagar el total en cada cita. Para facilitar su pago, ofrecemos las siguientes opciones.
Por favor, indique su preferencia: Dinero en efectivo Cheque personal Tarjeta de crédito Care Credit

Información de la aseguranza

Aseguranza primera Nombre del asegurado _____ Relación _____
Fecha de nacimiento _____ Número de seguro _____
Empleador _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del empleador _____ Ciudad/Estado/Código _____
Compañía de la aseguranza _____ Número del grupo _____ Número de identificación _____
Dirección de la compañía de la aseguranza _____ Ciudad/Estado/Código _____
Aseguranza segunda Nombre del asegurado _____ Relación _____
Fecha de nacimiento _____ Número de seguro _____
Empleador _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del empleador _____ Ciudad/Estado/Código _____
Compañía de la aseguranza _____ Número del grupo _____ Número de identificación _____
Dirección de la compañía de la aseguranza _____ Ciudad/Estado/Código _____

(Continúe en el otro lado)

Historial médico del paciente

Nombre del médico _____ Teléfono de la oficina _____ Fecha de su último examen _____

¿Usted está recibiendo tratamientos medicales ahora? Sí No

¿Usted estaba en hospital por cualquier cirugía o enfermedad seria en los últimos 5 años? Sí No

En caso de sí, explique: _____

¿Usted está tomando cualquier medicina, incluso las sin receta? Sí No

En caso de sí, por favor, escribelas: _____

¿Usted ha tomado Fen-Phen/Redux? Sí No

¿Usted usa cualquier de los siguientes?

Lentes de Sí No Drogas recreativas Sí No
 contacto Sí No Tabaco Sí No
 Narcóticos Sí No

Para mujeres:

¿Usted está embarazada? Sí No
 ¿Amamanta? Sí No
 ¿Toma pastillas anticonceptivas? Sí No

¿Usted tiene o tuvo cualquier de los siguientes?

~~No tiene~~
 SIDA o VIH Sí No Alergias Sí No
 Anemia Sí No Infarto Sí No
 Angina de pecho Sí No Enfermedad del corazón Sí No
 Asma Sí No Soplo del corazón Sí No
 Artritis Sí No Otro problema cardíaco Sí No
 Cáncer Sí No Hepatitis / Sí No
 Dolor de pecho Sí No Ictericia Presión Sí No
 Diabetes Sí No alta Sí No
 Falta de aliento Sí No Resp. de articulación Sí No
 Enfisema Sí No Enfermedad renal Sí No
 Epilepsia/Convulsiones Sí No Leucemia Sí No
 Desmayo Sí No Enfermedad hepática Sí No
 Frecuentemente cansado Sí No Presión baja Sí No
 Glaucoma Sí No Prolapso de la válvula mitral Sí No

Marcapasos Sí No
 Tos persistente Sí No
 Radioterapia Sí No
 Pérdida de peso reciente Sí No
 Problemas respiratorios Sí No
 Fiebre reumática Sí No
 Enfermedad de transmisión sexual Sí No
 Problemas del estómago/úlceras Sí No
 Derrame cerebral Sí No
 Tobillos hinchados Sí No
 Problemas de la tiroides Sí No
 Tuberculosis Sí No
 Otro _____

¿Usted tiene alergia o tuvo reacción a cualquier de los siguientes?

Anestésico Sí No Barbitúricos Sí No
 Penicilina Sí No Sedantes Sí No
 Otro Sí No Yodo Sí No
 antibiótico Sí No Aspirina Sí No
 Sulfamidas

Metales (níquel, mercurio, etc.) Sí No
 Látex Sí No

Historial dental del paciente

Nombre del último dentista: _____ Lugar del dentista: _____ Fecha de su último examen: _____ Fecha de su última limpieza: _____

Por favor, indique su nivel de dolor dental hoy: Ninguno 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor extremo

Por favor, indique su nivel de ansiedad con tratamiento dental: Ninguno 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ansiedad extrema

¿A usted le gusta su sonrisa? Sí No

¿Usted experimenta cualquier de los siguientes?

Dolor del diente o muela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlcera o grano en o cerca la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de la quijada, oreja, o lado de la cara <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herida de cabeza, cuello o quijada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quijada hace clic <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza frecuentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Es difícil abrir o cerrar la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Historial de hemorragia prolongado después de extracción <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Es difícil masticar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Encías que sangran cuando cepilla o usa hilo dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Rechina los dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dientes sensibles al frío o calor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tenía tratamiento de ortodoncia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dientes sensibles con comida dulce o agrio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ha recibido instrucciones para cuidar de sus dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Autorización

Afirmo que leí y entiendo la información arriba. Contesté todo correctamente a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que esconder información o dar información incorrecta puede ser peligroso y causar daño a mi salud. Yo doy permiso a Clark General & Implant Dentistry a compartir mi información o la de mi hijo/a, incluso la diagnosis y notas de tratamiento o examen, que recibimos a los terceros pagadores y/o a otros dentistas/médicos. Doy permiso y pido mi compañía de la aseguranza pagar los beneficios a Clark General & Implant Dentistry directamente.

Entiendo que mi compañía de la aseguranza podría pagar menos que la cuenta de servicios. Yo acepto la responsabilidad de pagar por todos los servicios hechos por mí o los familiares dependientes.

 Firma de dentista/comentarios: _____ Firma de paciente (o padre/tutor legal del menor) Fecha _____