



Raffaella Armstrong D.M.D

Información del Paciente Confidencial

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad _____ # SS _____ Lugar de nacimiento _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código post: _____

Celular: _____ Tel. de la casa: _____

De Trabajo: _____ E-mail: _____

Ocupación: _____

A quien le podemos agradecer por de enviarlo? _____

Persona de contactar en caso de urgencia: _____ Teléfono: _____

Razón por su visita: _____

Persona Responsable

Persona Responsable por esta cuenta: _____

Relación al paciente: _____

Teléfono: _____

Información del Seguro

Nombre de asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____ ID del seguro _____

Nombre del empleador _____ # de Trabajo _____

Compañía de seguro _____ # Teléfono _____ # de Grupo _____

Habrà un cargo de \$25 si no da un aviso de 24 horas antes de una cancelación de cita.

Firma de paciente

Después de haber leído las Normas de Privacidad

Firma de paciente

Historia Médica del Paciente

Médico _____ # de la consulta _____ Fecha de último examen _____

	Si	No		Si	No			
1. Se encuentra bajo tratamiento?	[]	[]	8. Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos?	[]	[]			
2. Ha estado alguna vez hospitalizado/da por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave?	[]	[]	-Anestesia Local (por ejemplo novocaína)	[]	[]			
3. Toma algún medicamento incluyendo sin receta médica? Si la respuesta es sí que medicamentos toma?	[]	[]	-Penicilina o cualquier otro antibiótico	[]	[]			
			-Medicamentos con Solfa	[]	[]			
4. Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux	[]	[]	-Barbitúricos	[]	[]			
5. Consume tabaco?	[]	[]	-Sedantes	[]	[]			
6. Solo Mujeres:			-Yodo	[]	[]			
a. Está actualmente embarazada?	[]	[]	-Aspirina	[]	[]			
b. Está amamantando?	[]	[]	-Algún Metal	[]	[]			
c. Está tomando anticonceptivos orales?	[]	[]	-Látex/Goma	[]	[]			
			-Otro _____	[]	[]			
	Si	No	Si	No	Si	No		
7. Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?								
-Hipertensión Arterial	[]	[]	-Cardiopatía	[]	[]	-Fiebre del heno/Alergias	[]	[]
-Ataque Cardíaco	[]	[]	-Marcapasos Cardíaco	[]	[]	-Tuberculosis	[]	[]
-Fiebre Reumática	[]	[]	-Soplo Cardíaco	[]	[]	-Radioterapia	[]	[]
-Hinchazón de tobillos	[]	[]	-Angina	[]	[]	-Glaucoma	[]	[]
-Desmayo/Ataques	[]	[]	-Anemia	[]	[]	-Pérdida de peso reciente	[]	[]
-Asma	[]	[]	-Enfisema	[]	[]	-Enfermedad Hepática	[]	[]
-Presión Arterial Baja	[]	[]	-Cáncer	[]	[]	-Problemas al Corazón	[]	[]
-Epilepsia/Convulsiones	[]	[]	-Artritis	[]	[]	-Prolapso de la válvula mitral	[]	[]
-Leucemia	[]	[]	-Implante	[]	[]	-Otros _____	[]	[]
-Diabetes	[]	[]	-Hepatitis/Ictericia	[]	[]			
-Enfermedad Renal	[]	[]	-Ulceras	[]	[]			
-SIDA o VIH	[]	[]	-Derrame Cerebral	[]	[]			
-Problema de Tiroides	[]	[]	-Dolor en pecho	[]	[]			

Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y ubicación del Dentista Anterior: _____

	Si	No		Si	No
1. Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental?	[]	[]	7. Tiene dolores de cabeza frecuentes?	[]	[]
2. Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos?	[]	[]	8. Aprieta o rechina los dientes?	[]	[]
3. Siente dolor en alguno de sus dientes?	[]	[]	9. Se muerde los labios o mejilla?	[]	[]
4. Tiene alguna llaga o bulto en la boca?	[]	[]	10. Ha tenido extracciones difíciles?	[]	[]
5. Ha tenido lesiones en la cabeza, o mandíbula?	[]	[]	11. Ha tenido alguna vez alguna hemorragia después de una extracción?	[]	[]
6. Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula?			12. Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia?	[]	[]
-Chasquido	[]	[]	13. Usa prótesis totales o parciales?	[]	[]
-Dolor (articulación, oído, costado de la cara)	[]	[]	14. Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal.	[]	[]
-Dificultad para abrirla o cerrarla	[]	[]	15. Le gusta su sonrisa?	[]	[]
-Dificultad para mascar	[]	[]			

Autorización y Entrega de Información

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mí o a mi hijo durante el periodo de dicha unión dental a aceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y lo solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

X _____ Fecha _____
Firma del paciente

X _____ Fecha _____
Firma del Doctor

Asignación e Instrucción para el pago directo al doctor

Paciente: _____

Empleador: _____

Numero de Grupo: _____

SS # _____ ID del seguro #: _____

Por la presente, instruir y dirigir la compañía de seguros para pagar por cheque y enviarlo por correo a:

Raffaella Armstrong D.M.D.

150 S.E. 2nd Avenue Suite #604

Miami, FL. 33131

Si mi póliza actual prohíbe el pago directo al médico, por este medio también instruir y dirigir a hacer el cheque a mí y enviarlo por correo de la siguiente manera:

C / O Raffaella Armstrong D.M.D

Para el mismo que el anterior

Para que los beneficios profesionales o gastos médicos permitidos, y otro modo pagadero a mí bajo mi póliza de seguro vigente como forma de pago hacia el total de los cargos por los servicios profesionales prestados. *ESTA ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS DE ESTA POLÍTICA.* Este pago no excederá de mi deuda al cesionario antes mencionado, y han acordado pagar, en forma actual, el saldo de dichos cargos de servicios profesionales por encima de este pago de seguros.

Una fotocopia de esta asignación se me considerará tan efectiva y válida como el original.

Asimismo, autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso.

X _____

Firma del Asegurado

Sencillo Acuerdo

Paciente autoriza al médico para depositar los cheques recibidos por cuenta del paciente, cuando a nombre del paciente.

X _____

Firma del Asegurado