



PENDER COUNTY HEALTH DEPARTMENT

MOBILE DENTAL CLINIC

803 S. Walker Street, Burgaw, NC 28425
(910) 471-3250



Dr. Kathy Barnes, DDS

INFORMACION DE EL PACIENTE

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
 DIRECCION: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 Niño: _____ Niña: _____ # SEGURO SOCIAL: _____
 EDUCADOR: _____ Qué grado es su hijo? _____ Programa después de la escuela? _____
PADRA/GUARDIAN LEGAL
 APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
 #DE CELULAR: _____ o # DE TELEFONO DURANTE EL DIA: _____
 CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ # DE TELEFONO: _____

INFORMACION SOBRE PAGOS

SU HIJO/A TIENE MEDICAID? SI _____ NO _____ # DE MEDICAID: _____
 SU HIJO/A TIENE HEALTH CHOICE? SI _____ NO _____ # DE HEALTH CHOICE: _____

ASEGURANSA:

SU HUJO/A SEGURO DENTAL? SI _____ NO _____
 SI LA TIENE, POR FAVOR PROVEER LA SIGIENTE INFORMACION:

NOMBRE DEL DUENO DEL LA POLITICA: _____
 # SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 NOMBRE DE COMPANIA DE SUGURO: _____ # DE SUBSCRIPTOR: #: _____
 # DE PLAN DE GRUPO: _____ # NUMERO DE PAGADOR: _____
 # DE TELEFONO DE ASEGURNAZA: _____ EMPLEADOR: _____

SI ES POSIBLE, POR FAVOR ENVIE UNA COPIS DE SU TARJETA DE ASEGURANZA, POR ENFRETE Y POR ATRAS. GRACIAS

PAGO PRIVADO:

SI NO TIENE ASEGURANZA Y QUIERE APLICAR PARA RECIVIR UN DESCUENTO POR FAVOR PROVEER LA SIGUIENTE INFORMACION:

FAMILIARES QUIENES VIVEN EN HOGAR: # ADULTOS: _____ # NINOS: _____
 TOTAL DE INGRESOS POR MES \$ _____ EMPLEADOR: _____
 USTED RECIBE BENEFICIOS DE DESEMPLEO? SI _____ NO _____ CANTIDAD: \$ _____
 USTED RECIBE POR DESABILIDAD? SI _____ NO _____ CANTIDAD: \$ _____
 TIENE OTRA FORMA DE INGRESOS? SI _____ NO _____ CANTIDAD: \$ _____
 SI LA TIENE, EXPLIQUE CUAL ES: _____

*NOTA: PRUEBA DE INGRESOS PUEDE SER REQUERIDA. GRACIAS

HISTORIAL MEDICO Y DENTAL DE EL PACIENTE

HISTORIAL DENTAL

¿Es su hijo primera visita al dentista? SI _____ NO _____

¿Dónde estaba su hijo/a?: _____

¿Fecha de última visita?: _____ En radiografías tomadas? SI _____ NO _____

Su hijo tuvo una mala experiencia en el dentista? SI _____ NO _____

¿Con qué frecuencia su hijo cepille sus dientes?: _____

¿Alguien ayuda tu cepillo infantil? SI _____ NO _____

¿Su hijo hilo dental sus dientes? SI _____ NO _____

HISTORIAL DE (MARQUE TODOS LO SU QUE APLIQUE)

____ Rechina los dientes ____ HABITOS CON LA BOTELLA (MAMILA) ____ CHUPA SU DEDO
____ SANGRADO DE ENCIAS ____ CARIES ____ MAL ALIENTO
____ DOLOR DE DIENTES ____ RONQUIDOS ____ llagas en la boca

¿SU HIJO/A SUFRE DE DOLOR EN SU DIENTER AHORA? SI _____ NO _____

EXPLIQUE: _____

TIENE ALGUNA PRECUPACION SOBRE LOS DIENTES DE SU HIJO/A? SI _____ NO _____

EXPLIQUE: _____

HISTORIAL MEDICO (MARGUE TODO LO QUE SE APPLIQUE)

____ ADD / ADHD ____ SIDA / VIH ____ ANEMIA ____ ASMA
____ AUTISMO ____ CÁNCER ____ TEBERCULOSIS ____ DE DESARROLLO
____ DIABETES ____ DE TRASPLANTE ____ DE HEMOFILIA
____ EPILEPSIAS ____ HEPATITIS ____ RIÑÓN ENFERMEDAD
____ CELIACA (alergia al gluten) ____ LOS PROBLEMAS DEL AUDICIO
____ FIEBRE REUMATICA ____ ATENCION PSIQUATRICA
____ PROBLEMAS OCULARES GAFAS / CONTACTOS ____ DE ALTA PRESIÓN ARTERIAL

CONDICIONES DEL CORAZÓN (LISTE) _____

POR FAVOR LISTE LO SIGUIENTE:

ALERGIAS: _____

MEDICAMENTOS: _____

SIRGUAS/HOSPITALISIONES: _____

OTRAS CONDICIONES MEDICAS NO MENCIONADAS: _____

PERMISO

Yo soy permiso que mi hijo/a _____ reciva servicios provehidos por Dr Kathy Barnes en mi ahusencia.

Despues de completar el tratamiento dental en mi hijo/a estoy de acuerdo en que Dr Kathy Barnes solicite pago a mi seguro por servivios dental recibidos o otro de pago con la informacion que yo proporcione.

Firma de el Padre/Guardian legal: _____ Fecha: _____

AVISO DE AISLAMIENTO PRACTICO ESTA DISPONIBLE A SU DISPOSICION