

Pender County Health Department Dental Clinic
(910) 259-1503
Horario: Lunes-Jueves 8:30AM – 4:30PM

REASON FOR VISIT: _____

INFORMACION DEL PACIENTE:

NOMBRE _____ TLF.CASA _____

DIRECCION _____ TLF.CELL _____

ZIP _____ WORK NUMBER _____

EMAIL _____ SEXO F M

CUMPLEANOS _____ SS# _____ STATUS: Soltera (o) casada (o)

NOMBRE DE LA COMPANIA DONDE TRABAJA? _____

EN CASO DE EMERGENCIA, YO AUTORIZO QUE LLAMEN A? _____

TLF _____

AUTORIZACION POR A COBRAR LA COMPANIA DE ASEGURANZA:

Yo, Certifico, que tanto yo como mis dependientes tiene seguro dental con

Nombre de la Compania de Seguros.

Y que se asignara directamente a la departamento de contado dental los beneficios del seguro, de otro modo por Todos los servicios recibidos. Entiendo que soy financieramente responsable por los gastos que pague o no pague el Seguro. Autorizo el uso de mi firma para todos los cargos del seguro.

El arriba mencionado dentist podra usar mi informacion sobre mi salud y puede dar a conocer al seguro dicha. Informacion y sus agents con el proposito de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios de su compania de seguros or beneficios pagables por los servicios. Este consentimiento terminara cuando mi tratamiento halla sido completado o en un ano a la firma de este.

NO TENGO ASEGURANZA Y YO ESTOY DE ACUERDO EN PAGAR AL TIEMPO DE SERVICIO.

Firma del paciente, padre, guardian o representante personal

Fecha

Forma 023:Noticia de Reconocimiento de Practica con privacidad

En firmar abajo, yo estoy reconociendo que he recibido una copia del **Aviso de Reconocimiento de Practica con Privacidad del Departamento de salud Clinica Dental del condado de Pender**, con la fecha de el 1 dia de diciembre 2009, prosequente al informasion de salud portabilidad y responsabilidad de la acta de 1996 (HIPAA).

Firma de Paciente (o Representativo)

Fecha

Nombre Impreso del Paciente

Nombre Impreso de Representante

Relacion a el paciente

Pruebas de la autoridad del representante del paciente debe ser fijado en la ultima pagina de este reconocimiento.

Si el paciente es incapaz de firmar por el(la) mismo(a) porfavor documenta la razon y inicial al lado. _____

___ Yo doy permiso al departamento de salud clinica dental del condado de Pender para dejar mensajes en mi correo de voz o con quien quiera responde mi telefono.

___ Yo doy mi permission al departamento de salud clinica dental del condado de pender a dar informacion de mi salud/ o condicion medica ala(s) persona(s) abajo:

Nombre:

Relacion:

Firma de paciente(o representante)

Fecha

CLINICA DENTAL DE PENDER

APPOINTMENT POLICY ENTREVISTA POLÍTICA

Nosotros, como miembros de la Clínica Dental del Condado de Pender, se han comprometido a proporcionar a nuestros clientes con el cuidado dental de alta calidad a tarifas muy asequibles. Debido que el costo de operación y prestación de servicios dentales es significante, necesitamos su apoyo y cooperación que nos permita mantener nuestras tarifas lo más bajas posible.

Nosotros entendemos que a veces se presentan circunstancias que previenen a los pacientes el mantener su cita. Si usted necesita cambiar o cancelar su cita, porfavor llamenos 24 horas en avanzado. Con este aviso por avanzado, nosotros podemos reasignar su cita y le podemos otorgar el tiempo originalmente asignado para usted a otro paciente. ** Si usted llega mas de 15 minutos tarde a su cita, se le reasignara para otro día y se considerara como una cita perdida.

Nuestra polisa sobre citas perdidas es la siguiente:

1 CITA PERDIDA: Carta de contesia es enviada a el paciente para informarle de nuestra polisa

2 CITA PERDIDA: un carta es enviada a el paciente informandole que perdio su segunda cita y si el paciente pierde otra cita mas nosotros no podremos hacerle otra cita en una fecha determinada. El paciente sera puesto en la lista de "Entra sin cita" solamente.

3 CITA PERDIDA: una carta es enviada informandole a el paciente que a perdido su 3 cita and nosotros ya no podemos otorgarle otra cita. Ahora estan en la lista de "entra sin cita" para poder se atendido. El paciente necestia llamar a primera hora por la mañana para ver si hay cupo ese dia. Si el horario lo permite con gusto le asisteremos.

** La clinica dental de pender no Negara cuidado de emergencia a nadie..... Si usted tiene una verdadera emergencia porfavor llame a nuestra oficina y nosotros haremos nuestro mayor esfuerzo por atenderle esa misma semana.

Por favor firme abajo que ha leído y entendido la política del Condado de Pender cita con el dentista:

Firma del Paciente

Fecha

PENDER COUNTY HEALTH DEPARTMENT DENTAL CLINIC
803 S. WALKER STREET
BURGAW, NC 28425
910-259-1503

Yo _____, estoy de acuerdo en ser paciente de la clinica arriba mencionada y estoy de acuerdo en recibir una examinacion clinica y radiografias. **Tambien entiendo y doy consentimiento a lo siguiente:**

1. Durante el curso de mi tratamiento, yo puedo pasar por procedimientos en todas la fases de cuidado dental incluyendo periodoncia (tratamiento de la encia o sirugia), sirugia oral, endodoncia, protesis remobile o asegurada (coronillas, canal, y dentaduras) implantes dentales, restoraciones dentales, tratamiento a el desorden temporomandibular, tratamiento apnea del sueño, patologia oral, cuidado dental de menores, radiografia y fotografia
2. Yo proveere un historial medico complete, una lista completa de los medicamentos y dosis recetadas, tambien doy consentimiento para que mi dentista este en comunicacion on mis otros proveedores medicos para cualquier pregunta sobre mi historial de salud.
3. No se pueden hacer garantias sobre los resultados de tratamientos, tiempo de vida de restoraciones o pronosticos. Yo entiendo que cualquier rama de la medicina, inclullendo la dental, no es ciencia cierta y que puede aber resultados no anticipados.
4. Yo pagara el costo complete cualquier tratamiento o mi el co-pago de mi seguro medico de acuerdo a la polisa de la oficina. Yo entiendo que ahun cuando mi seguro medico aga un presupuesto o que aprueben un procedemiento, Yo soy responsable por cualquier costo que mi seguro no cobra.
5. Mi plan de tratamiento puede cambiar en cualquier momento y yo hare mi mayor esfuerzo para aceptar mi cuidado dental con optimism y comunicacion abierta con mi dentist, asistente dental u otro personal de la oficina.
6. Yo soy bienbenido a hacer preguntas sobre cualquier aspect de mi cuidado dental y pedire informacion si estoy confundido o necestio mas informacion. Yo soy responsable de clarificar cualquier aspecto o duda sobre mi tratamiento de el cual no este seguro .

Firma de el paciente of representante legal

fecha

Nombre de el paciente or menor

fecha

Historia Médica

Spanish

Nombre del paciente: _____ No. de Ident. del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

I. CÍRCULE LA RESPUESTA CORRECTA (Complete las preguntas al mayor de su capacidad):

1. Sí No ¿Está en buena salud? (general)
2. Sí No ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido una enfermedad grave en los últimos tres años?
¿Si Sí, por qué? _____
4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____
Nombre del médico _____ Telefono: _____
5. Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Sí No ¿Tiene algún dolor ahora?

II. HA TENIDO:

- | | |
|--|---|
| 7. Sí No ¿Dolor de pecho (angina)? | 18. Sí No ¿Mareos? |
| 8. Sí No ¿Los tobillos hinchados? | 19. Sí No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos? |
| 9. Sí No ¿Falta de aliento? | 20. Sí No ¿Dolores de cabeza? |
| 10. Sí No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, o suda en la noche? | 21. Sí No ¿Desmayos? |
| 11. Sí No ¿Tos persistente o tos con sangre? | 22. Sí No ¿Vista borrosa? |
| 12. Sí No ¿Problemas de sangramiento, moretes? | 23. Sí No ¿Convulsiones? |
| 13. Sí No ¿Problemas nasales (sinusitis)? | 24. Sí No ¿Sed excesiva? |
| 14. Sí No ¿Dificultad al tragar? | 25. Sí No ¿Orina con frecuencia? |
| 15. Sí No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces? | 26. Sí No ¿Boca seca? |
| 16. Sí No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas? | 27. Sí No ¿Ictericia? |
| 17. Sí No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 28. Sí No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |

III. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|---|--|
| 29. Sí No ¿Enfermedades del corazón? | 40. Sí No ¿SIDA? |
| 30. Sí No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? | 41. Sí No ¿Tumores, cáncer? |
| 31. Sí No ¿Soplos en el corazón? | 42. Sí No ¿Artritis, reuma? |
| 32. Sí No ¿Fiebre reumática? | 43. Sí No ¿Enfermedades de los ojos? |
| 33. Sí No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | 44. Sí No ¿Enfermedades de la piel? |
| 34. Sí No ¿Presión sanguínea alta? | 45. Sí No ¿Anemia? |
| 35. Sí No ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? | 46. Sí No ¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)? |
| 36. Sí No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? | 47. Sí No ¿Herpes? |
| 37. Sí No ¿Problemas del estómago, úlceras? | 48. Sí No ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga? |
| 38. Sí No ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos látex? | 49. Sí No ¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales? |
| 39. Sí No ¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores? | 50. Sí No ¿Diabetes? |

VI. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 51. Sí No ¿Tratamiento psiquiátrico? | 56. Sí No ¿Hospitalizaciones? |
| 52. Sí No ¿Tratamientos de radiación? | 57. Sí No ¿Transfusiones de sangre? |
| 53. Sí No ¿Quimioterapia? | 58. Sí No ¿Cirugías? |
| 54. Sí No ¿Válvula artificial del corazón? | 59. Sí No ¿Marcapasos? |
| 55. Sí No ¿Articulación artificial? | 60. Sí No ¿Lentes de contacto? |

V. ESTÁ TOMANDO:

- | | |
|---|---|
| 61. Sí No ¿Drogas de uso recreativo? | 63. Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo? |
| 62. Sí No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? | 64. Sí No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? |

Liste por favor: _____

VI. MUJERES:

- | | |
|--|--|
| 65. Sí No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? | 66. Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
|--|--|

VII. TODOS LOS PACIENTES:

67. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Con me conocimiento, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

REVISIÓN SUPLEMENTARIA:

1. Firma del Paciente _____ Fecha _____

Doctor's Notes: _____

Doctor's Signature: _____ Date: _____