

# Pender County Health Department

*...Building a healthier tomorrow...*

*Carolyn Moser, BSN, MPA  
Health and Human Services Director*

Gracias por elegir la Clínica Dental del Condado de Pender para sus necesidades dentales. Nuestro objetivo es proporcionar al público con la atención odontológica de calidad a un menor costo , más asequible. Mejorar y mantener su salud oral es nuestra principal prioridad.

Con el fin de maximizar su tiempo con nosotros, le pedimos que tenga lo siguiente a la hora de su cita:

- Historial médico completado
- Una lista completa de sus medicamentos actuales
- Formulario de información del paciente completado
- Identificación con fotografía actual
- Tarjeta de seguro y información
- Formulario de elegibilidad completado con comprobante de ingresos, si califica para un descuento
- Cualquier información o radiografías de su dentista anterior deben ser recibidas antes de su cita

El llegar a su cita sin ninguna de la información solicitada podría causar un retraso con su tratamiento

Requirimos se paguen tasas en el momento se prestan los servicios

Gracias por su cooperación

Pender County Dental Clinic Staff

803 S. Walker St., Burgaw, NC 28425 (910) 259-1230 Fax (910) 259-1258

Dental Clinic (910) 259-1503 Environmental Health (910) 259-1233 WIC (910) 259-1290



Departamento de Salud del Condado de Pender Clinica Dental

(910) 259-1503

Horario: Lunes-Jueves 8:30AM – 4:00PM

Razon de la visita: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE:**

NOMBRE \_\_\_\_\_ MEJOR NUMERO PARA LLAMAR \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ OTRO NUMERO \_\_\_\_\_

ZIP \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Circula Raza: Afro-Americano/ Blanco-Americano/ Otro

Circular Etnicidad: Hispano / No-Hispano / Otro

Correo Electronico \_\_\_\_\_ 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 COBRARA LA COMPANIA DE ASEGURANZA:**

Yo, Certifico, que tanto yo como mis dependients tiene serguro dental con

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Compania de Seguros.

Y que se asignara directamente a la departamento de contado dental los beneficios del serguro, 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 serguro. El arriba mencionado dentist podra usar mi informacion sobre mi salud y puede dar a conocer al serguro 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

\_\_\_\_\_  
Por favor en letra imprenta. Nombre del paciente, padre, guardian o representante personal/Relacion con el paciente

**Forma 023:Noticia de Reconocimiento de Practica con privicidad**

En firmar abajo, yo estoy reconociendo que he recibido una copia del **Aviso de Reconocimiento de Practica con Privicidad 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 aveces 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 dia 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 clínica 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

Revisado 11 de abril 2012

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 major 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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

## Estado general:

¿Cómo está su salud en género? EXCELENTE / BUENO / MAL

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? SÍ / NO. Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado/a para una enfermedad o herida grave? SÍ / NO

Si SÍ, explique: \_\_\_\_\_

## Piel

s n Erupción / Ronchas / Salpullidos

s n Ampollas (fuegos) / Ilagas

## Ojos

s n Vista borrosa / Glaucoma

## Oídos

s n Pérdida de audición/ Zumbidos en los oídos/ Dolor en los oídos

## Respiración

s n Dificultad a respirar/ Falta de aliento

s n Dificultad a tragar/ Ronquido

s n Enfisema/ Tuberculosis/ Enfermedades pulmonar obstructiva crónica

s n Asma/ Fiebre del heno

s n Otras enfermedades pulmonares

## Sistema Nervioso

s n Apoplejía (golpe cerebral)

s n Epilepsia / Convulsiones

s n Dolores de cabeza / Heridos de cabeza o cuello

s n Endurecidos / Mareos / Desmayos

s n Discapacidad mental/ Demencia

## Huesos, Músculos

s n Artritis / Reuma / Gota

s n Articulación artificial / Extremidades artificial

s n Osteoporosis / Tome medicamentos para la densidad de huesos

s n Fibromialgia / Lesiones de estrés repetido / Esclerosis múltiple

## Corazón, Vasos sanguíneos

s n Dolor de pecho / ataque de corazón / Operación de corazón

s n Marcapasos / Válvula artificial del corazón

s n Defectos del corazón / Enfermedades del corazón / Insuficiencia cardíaca

s n Presión de sangre alta o baja / Medicamentos para la presión sanguínea

s n Colesterol alta / Medicamentos de colesterol

s n Otros problemas del corazón o de vasos sanguíneos

## Alergias o Reacciones a medicamentos:

## Medicamentos actuales o recientes:

Otras enfermedades o condiciones de que Ud. crea que debemos saber: \_\_\_\_\_

## Historia Dental:

¿Cuándo fue su última vista dental? \_\_\_\_\_ ¿Ha tenidos problemas con algún tratamiento dental en el pasado? s / n

¿Con que frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ ¿Usa seda dental? \_\_\_\_\_

¿Consuma bebidas con gasa/ Dulces? s / n ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Ha contestado cada pregunta correctamente. Informaré a mi dentista de cada cambio en mi salud y en mis medicamentos.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only -- DOCTOR'S NOTES**

BP

P

