

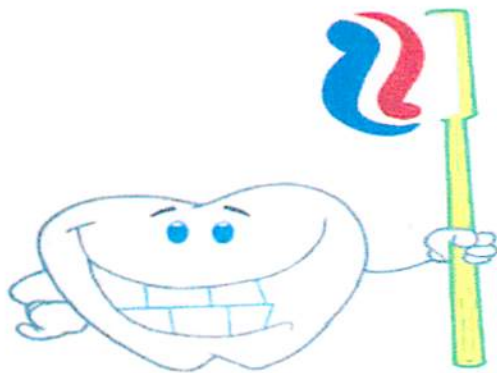
GREAT NEWS!

Estimado padre o Tutor Legal:

Estamos muy emocionados de anunciar que la Pender County Departamento móvil Clínica Dental Dr. Kathy Barnes DDS y personal será en la escuela!

La Clínica Dental móvil ofrece servicios dentales de bajo costos a cada estudiante que quiere ser visto. Ningún estudiante será rechazado. Los niños son vistos durante la escuela y después del horario del programa escolar. Si usted desea para que su hijo a ser visto, por favor llenar y devolver los formularios adjuntos al maestro de su hijo cuanto antes. Si tiene alguna pregunta llame al 910 471 3250. Esperamos a la reunión y el tratamiento de su hijo!

Atentamente,



Pender County Health Department
Mobile Dental Clinic

****TEACHERS PLEASE PLACE COMPLETED FORMS IN THE NURSE BOX****



INFORMACION DE EL PACIENTE

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
 DIRECCION: _____ # SEGURO SOCIAL: _____
 Niño: _____ Niña: _____
 EDUCADOR: _____ Que grado es su hijo? _____ Programa despues de la escuela? _____
 PADRA/GUARDIAN LEGAL _____
 APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
 # DE CELULAR: _____ # 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 HIJO/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 ASEGURANZA: _____ EMPLEADOR: _____
 SI ES POSIBLE, POR FAVOR ENVIÉ UNA COPIS DE SU TARJETA DE ASEGURANZA, POR ENERETE Y POR ATRAS. GRACIAS

PAGO PRIVADO:

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

FAMILIARES QUIENES VIVEN EN HOGAR: # ADULTOS: _____ # NINOS: _____
TOTAL DE INGRESOS POR MES \$ _____ EMPLEADOR: _____

USTED RECIBE BENEFICIOS DE DESEMPELEO? 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 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 APLQUE))

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rechina los dientes | <input type="checkbox"/> HABITOS CON LA BOTELLA (MAMILA) | <input type="checkbox"/> CHUPA SU DEDO |
| <input type="checkbox"/> SANGRADO DE ENCIAS | <input type="checkbox"/> CARIES | <input type="checkbox"/> MAL ALIENTO |
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE DITENTES | <input type="checkbox"/> RONQUIDOS | <input type="checkbox"/> llagas en la boca |

IS 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)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD | <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> ASMA |
| <input type="checkbox"/> AUTISMO | <input type="checkbox"/> CÁNCER | <input type="checkbox"/> TEBERCULOSIS | <input type="checkbox"/> DE DESARROLLO |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> DE TRASPLANTE | <input type="checkbox"/> DE HEMOFILIA | |
| <input type="checkbox"/> EPILEPSIAS | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> RIÑÓN ENFERMEDAD | |
| <input type="checkbox"/> CELIACA (alergia al gluten) | | <input type="checkbox"/> LOS PROBLEMAS DEL AUDICIO | |
| <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA | <input type="checkbox"/> ATENCION PSIQUATRICA | | |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS OCULARES GAFAS / CONTACTOS | <input type="checkbox"/> 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