



# 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: \_\_\_\_\_  
MAESTRO/A: \_\_\_\_\_ ¿QUÉ GRADO ESTA SU HIJO? \_\_DESPUES DEL PROGRAMA ESCOLAR? Si\_\_ No\_\_  
PADRE/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 TIENE SEGURO DENTAL? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
SI LA TIENE, POR FAVOR PROVEER LA SIGIENTE INFORMACION:

NOMBRE DEL DUENO DEL LA POLIZA: \_\_\_\_\_  
# SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE COMPANIA DE SEGURO: \_\_\_\_\_ # DE SUBSCRIPTOR: #: \_\_\_\_\_  
# DE PLAN DE GRUPO: \_\_\_\_\_ # NUMERO DE PAGADOR: \_\_\_\_\_  
# DE TELEFONO DE ASEGURANZA: \_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

SI ES POSIBLE, POR FAVOR ENVIE UNA COPIA 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 SIGIENTE 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

¿Su hijo a visitado el dentista antes? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Dónde fue la ultima visita al dentista de su hijo/a?: \_\_\_\_\_

¿Fecha de última visita?: \_\_\_\_\_ Le tomaron radiografías? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

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

¿Con qué frecuencia su hijo cepilla sus dientes?: \_\_\_\_\_

¿Alguien ayuda a su hijo a cepillarse los dientes? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Su hijo usa hilo dental en 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 DIENTES AHORA? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

TIENE ALGUNA PREOCUPACION SOBRE LOS DIENTES DE SU HIJO/A? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO DE SU HIJO (MARGUE TODO LO QUE APLIQUE)

\_\_\_\_ ADD / ADHD                      \_\_\_\_ SIDA / VIH                      \_\_\_\_ ANEMIA                      \_\_\_\_ ASMA  
\_\_\_\_ AUTISMO                      \_\_\_\_ CÁNCER                      \_\_\_\_ TUBERCULOSIS                      \_\_\_\_ DE DESARROLLO  
\_\_\_\_ DIABETES                      \_\_\_\_ TRASPLANTE                      \_\_\_\_ HEMOFILIA  
\_\_\_\_ EPILEPSIAS                      \_\_\_\_ HEPATITIS                      \_\_\_\_ RIÑÓN ENFERMEDAD  
\_\_\_\_ CELIACA (alergia al gluten)                      \_\_\_\_ PROBLEMAS DE AUDICION  
\_\_\_\_ FIEBRE REUMATICA                      \_\_\_\_ ATENCION PSIQUATRICA  
\_\_\_\_ PROBLEMAS OCULARES GAFAS / CONTACTOS                      \_\_\_\_ ALTA PRESIÓN ARTERIAL

CONDICIONES DEL CORAZÓN (LISTE) \_\_\_\_\_

### POR FAVOR LISTE LO SIGUIENTE:

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

\_ CIRUGIAS/HOSPITALISIONES: \_\_\_\_\_ OTRAS \_\_\_\_\_

CONDICIONES MEDICAS NO MENCIONADAS: \_\_\_\_\_

## PERMISO

Cada niño recibe un examen completo (\$ 83), radiografías (\$ 44), una limpieza (\$ 72), fluoruro (\$ 50) y selladores preventivos (\$ 50 / diente) si es necesario en su visita inicial. **Usted es responsable de estas tarifas a menos que brinde la información necesaria de Medicaid o del Seguro dental para presentar un reclamo. Si no tiene cobertura dental, puede presentar un comprobante de ingresos para ver si califica para un descuento en las tarifas mencionadas.** Doy permiso para que mi hijo \_\_\_\_\_ reciba estos servicios proporcionados por la Dr. Kathy Barnes sin mi presencia. Después de completar el tratamiento dental de mi hijo, acepto que la Dr. Kathy Barnes pueda presentar reclamos por cuidado dental con mi compañía de Seguro dental o otra información del pagador que he proporcionado.

Firma de el Padre/Guardian legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_