

Pender County Health Department

...Building a healthier tomorrow...

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

PENDER COUNTY DENTAL CLINIC
803 S. Walker St. Burgaw NC 28425
Phone (910) 259-1503
Fax (910) 259-1511
HOURS M-TH 8:30AM – 4:00PM

Gracias por elegir la Clinica Dental del Condado de Pender para us necesidades dentales. Nuestra meta es proporcionar al publico con la atención dental de calidad a un costo bajo y razonable. Mejorar y mantener su salud oral es nuestra principal prioridad.

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

- ✓ Formulario completo de el historial médico
- ✓ Una lista completa de us medicamentos actuales
- ✓ Formulario completo de información del paciente
- ✓ Identificacion con fotografía actual
- ✓ Tarjeta de seguro médico
- ✓ Formulario completo de elegibilidad con comprobante de ingresos, si califica para un descuento
- ✓ Cualquier informacion o radiografías de su dentisa anterior debe ser enviada a nuestra oficina antes de us cita

Al llegar a su cita sin ninguna de la informacion solicitada podria causar un retraso con su tratamiento.

Se require pago al momento que se le prestan los servicios.

Gracias por su cooperacion,

Pender County Dental Clinic Staff

Pender County Health Department **803 S. Walker St., Burgaw, NC 28425**
Dental Clinic (910) 259-1503 **Environmental Health (910) 259-1233** **WIC (910) 259-1290**

Revised October 2019

REGISTRATION FORM

PATIENT INFORMATION:

Fecha: _____ Razón de la Visita: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ SEXO: F M

ESTADO: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

RAZA: Caucasico(a) Asiatico(a) Hawaiano Nativo Indio Americano Negro o Afroamericano Otro

ETNICIDAD: Asiatico Hispano(a) No-Hispanio(a) Medio Oriental Otro

Idioma Preferido: _____

¿Usted o un miembro de su familia ha sido visto aquí o en la clínica móvil anteriormente? _____

Si es así, Quien? _____

“MEJOR” Numero para llamar: _____ Otro Numero: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ CP: _____ Condado: _____

Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ SS#: _____

EN CASO DE EMERGENCIA TE AUTORIZO A CONTACTAR A:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Parentesco: _____ Numero de Telefono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

AUTORIZACION:

Certifico que yo y / o mis dependientes tenemos cobertura de seguro con:

Compañía de Seguros: _____ # de ID o SS# of Subscriber: _____

Nombre de los Subscriptores: _____ Fecha de Nacimiento de los Subscriptores: _____

Asigné directamente a la Clínica Dental del Departamento de Salud del Condado de Pender todos los beneficios de seguro, si los hay, de lo contrario a pagar a mi por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizó el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.

La clínica mencionada anteriormente puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a las compañías de seguros mencionadas anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios de seguro o los beneficios a pagar por los servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha firmada a continuación.

SIN SEGURO Y ACEPTO PAGAR EN EL MOMENTO DEL SERVICIO

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

FECHA

IMPRIMA NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

FECHA

Pender County Health Department Dental Clinic

Form 023: Noticia de Reconocimiento de Práctica de Privacidad

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la **Clínica Dental del Departamento de Salud del Condado de Pender** con fecha del 1 de Diciembre del 2009 conforme a la Ley de el Acta de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud de 1996 (HIPAA).

Firma del paciente (o Representante)

Fecha

Nombre impreso del Paciente

Nombre impreso del Representante

Relacion con el Paciente

La evidencia de la autoridad del representante del paciente debe adjuntarse a la última página de este reconocimiento.

Si el paciente no puede firmar documento el motivo y ponga sus iniciales: _____

- Yo doy permiso a la Clínica Dental del Departamento de Salud del Condado de Pender para dejar mensajes en mi contestador automático o para quien conteste el teléfono.
- Yo doy permiso a la Clínica Dental del Departamento de Salud del Condado de Pender para que brinde información sobre mi salud y / o condicio médica a la (s) persona (s) que aparece a continuación:

NOMBRE

RELACION

Firma del Paciente (o Representante)

Fecha

PENDER COUNTY DENTAL

APPOINTMENT POLICY

Nosotros, como miembros de la Clínica Dental del Condado de Pender, nos comprometemos a brindarles a nuestros clientes atención dental de la más alta calidad a precios sumamente accesibles. Debido a que el costo de operar y brindar servicios dentales es importante, requerimos su apoyo y cooperación para que podamos mantener nuestras tarifas lo más bajas posible.

Entendemos que a veces surgen circunstancias que impiden que los pacientes asistan a sus citas. Si necesita cambiar o cancelar su cita, **llámenos con al menos 24 horas de anticipación**. Con este aviso previo, podemos reprogramar su cita y dejar que otro paciente tenga la cita originalmente reservada para usted.

** Si llega más de **15 minutos tarde** a su cita, se le volverá a programar y se considera una cita perdida.

Nuestra política de citas perdidas es la siguiente:

- **1 cita perdida:** se envía una carta de cortesía para informar al paciente de nuestra política.
- **2 citas perdidas:** se envía una carta informando al paciente que ha faltado a 2 citas y si se pierde una cita más, ya no podremos programar citas en un día específico.
- **3 citas perdidas:** se envía una carta informando al paciente que ha perdido 3 citas y ya no podemos programar citas programadas para usted. El paciente se encuentra ahora en la lista de citas solo para el "walk-in". Lo que significa que, cuando se necesita una cita, el paciente tendrá que llamar a la clínica a primera hora de la mañana y ver si hay una cita disponible ese día. Estaremos encantados de ver al paciente si la programación lo permite.

** Pender County Dental no negará a nadie la atención de emergencia. Si tiene una verdadera emergencia, llame a la oficina y haremos todo lo posible para incluirlo en nuestro horario esa semana.

Firme a continuación que ha leído y comprendido la Política de citas dentales del condado de Pender:

Firma del Paciente (o Representante)

Fecha

Nombre del Paciente

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

Yo, _____, estoy de acuerdo con ser paciente de Pender County Dental Clinic y estoy de acuerdo con recibir una examinación clínica y radiografías.

***Por favor, de intial si usted entiende y da consentimiento a lo siguiente:**

_____ Yo Entiendo que el dentista de la clinca de Pender County es un adjunto facultad de UNC School of Dentistry y estudiantes o residentes pueden estar realizando mi tratramiento debajo de la supervisión del dentista del departamento de salud. La higienista también trabaja con Cape Fear Community College y Coastal Carolina Community College y estudiantes pueden estar realizando mi tratamiento debajo de la supervisión de la higienista del department de salud.

_____ Durante el curso de mi tratamiento, yo puedo pasar por procedimientos en todas la fases de cuidado dental incluyendo periodoncia (tratamiento de la encía o cirugía), cirugía oral, endodoncia, protesis remobile o asegurada (coronillas, canal, y dentaduras) implantes dentales, restoraciones dentales, tratamiento a el desorden temporamadibular, tratamiento apnea del sueño, patología oral, cuidado dental de menores, radiografía y fotografía.

_____ Yo proveeré un historal médico completo, una lista completa de los medicamentos y dosis recetadas, También doy consentimiento para que mi dentista esté en comunicación con mis otros proveedores médicos para cualquier pregunta sobre mi historial de salud.

_____ No se pueden hacer garantías sobre los resultados de tratamientos, tiempo de vida de restoraciones o pronósticos. Yo entiendo que cualquier rama de la medicina, incluyendo la dental, no es ciencia cierta y que puede haber resultados no anticipados.

_____ Yo pagaré el costo completo de cualquier tratamiento o el co-pago de mi seguro médico acuerdo a la póliza de la oficina. Yo entiendo que aun cuando mi seguro médico aga un prosupuesto o que aprueben un procedimiento, Yo soy responsable por cualquier costo que mi seguro no cubra.

_____ Mi plan de tratamiento puede cambiar en cualquier momento y yo haré mi mejor esfuerzo para aceptar mi cuidado dental con optimismo y comunicación abierta con mi dentista, asistente dental u otro personal de la oficina.

_____ Yo soy bienvenido a hacer preguntas sobre cualquier aspecto de mi cuidado dental y pediré información si estoy confundido o necesito más información. Yo soy responsable de clarificar cualquier aspecto o duda sobre mi tratamiento de el cual no esté seguro.

Firma de Paciente o Guardián Legal

Fecha

Nombre de Paciente o Niño/Niña

Fecha

HEALTH HISTORY

Nombre del Paciente: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

HISTORIAL DENTAL:

¿Con qué frecuencia visita a un Dentista? _____ Última Limpieza: _____ Últimas Radiografías: _____
¿Con qué frecuencia se cepilla? _____ ¿Hilo dental? _____ Dificultad con tratamiento dental previo? **SÍ NO**
¿Consumo de bebidas carbonatadas / dulces? **SÍ NO** Hábitos orales (apretar / moler / morderse las uñas): _____

HISTORIAL MÉDICO:

Nombre del médico: _____ Última consulta: _____ Teléfono: _____
Farmacia: _____ Teléfono: _____
¿Ha sido hospitalizado por una enfermedad o lesión grave? Si es así, explique: _____

CIRCULE SÍ O NO POR CUALQUIER CONDICIÓN QUE TENGA O TUVO:

Piel:

SÍ NO Erupciones / Erupción cutánea / Urticaria
SÍ NO Herpes labial frecuente / Ampollas de fiebre

Ojos/Oídos:

SÍ NO Visión borrosa / Glaucoma
SÍ NO Pérdida auditiva / Zumbido o dolor en los oídos

Respiratorio:

SÍ NO Dificultad para respirar / falta de aliento
SÍ NO Apnea del sueño / ronquidos
SÍ NO Dificultad para tragar / Ronquera
SÍ NO Enfisema / Tuberculosis / EPOC
SÍ NO Asma / neumonía / fiebre del heno
SÍ NO Sinusitis crónica

Sistema nervioso:

SÍ NO Derrame cerebral / enfermedad cerebrovascular
SÍ NO Epilepsia / Convulsiones / Último episodio: _____
SÍ NO Dolores de cabeza frecuentes / Migrañas / Parkinson
SÍ NO Trauma de cabeza o cuello
SÍ NO Entumecimiento / hormigueo / mareos / desmayos
SÍ NO Demencia / Alzheimer / Discapacidad mental

Corazón, vasos sanguíneos:

SÍ NO Dolor en el pecho / Angina
SÍ NO Ataque cardíaco / insuficiencia cardíaca congestiva
SÍ NO Marcapasos / DAI / Válvula cardíaca artificial
SÍ NO Defectos cardíacos / soplos cardíacos / cirugía cardíaca
SÍ NO Historia de endocarditis / cardiopatía valvular
SÍ NO Presión arterial alta / baja
SÍ NO Colesterol alto
SÍ NO Sangrado / moretones fácilmente
SÍ NO Medicamento anticoagulante
SÍ NO Historia de transfusiones de sangre
SÍ NO Enfermedad falciforme / rasgo
SÍ NO Anemia / hemofilia / u otros trastornos sanguíneos

Huesos, músculos:

SÍ NO Artritis / reumatismo / gota
SÍ NO Articulaciones artificiales / extremidades / ubicación: _____
SÍ NO Medicina para la osteoporosis / densidad ósea
SÍ NO Fibromialgia / RSD / Esclerosis múltiple

Digestivo:

SÍ NO Hepatitis / Enfermedad hepática / Tipo: _____
SÍ NO Úlceras / enfermedad gástrica
SÍ NO Colitis / enfermedad de Crohn / celiaca / enfermedad intestinal
SÍ NO Reflujo gástrico / ERGE / Vómitos

Endocrino:

SÍ NO Diabetes / HbA1c o glucosa: _____
SÍ NO Condición tiroidea / desequilibrio hormonal

Genitourinario:

SÍ NO Enfermedad renal / enfermedad de la vejiga
SÍ NO ¿Está usted en diálisis?
SÍ NO Enfermedad venérea / ETS / VIH / SIDA
SÍ NO Micción frecuente / sangre en la orina

Hembra:

SÍ NO Embarazada: # de meses _____ fecha de parto _____
SÍ NO Lactancia

Otro:

SÍ NO Fatiga / somnolencia diurna
SÍ NO Síndrome de Sjorgren / trastorno autoinmune
SÍ NO Fobias / Ansiedades / Depresión
SÍ NO Trastornos del aprendizaje / TDAH / TDA
SÍ NO Trastornos del desarrollo
SÍ NO Tratamiento psiquiátrico
SÍ NO Cáncer / Radiación / Quimioterapia
SÍ NO Uso de tabaco presente / pasado
Frecuencia: _____
SÍ NO Uso actual / pasado de alcohol
Frecuencia: _____
SÍ NO Uso actual / pasado de drogas recreativas

ALERGIAS O REACCIONES A MEDICAMENTOS:

Otras enfermedades / afecciones que cree que deberíamos saber: _____

***** POR FAVOR LISTE TODAS LOS MEDICAMENTOS ACTUALES EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTE FORMULARIO.**

He respondido todas las preguntas con precisión. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi salud y/o medicación.

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Por favor enumere TODOS sus medicamentos recetados, sin receta, vitaminas y suplementos herbales:

	Lo que estoy tomando:	Cuánto, con qué frecuencia?	Para qué?
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			