

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 March 1, 2023

REGISTRATION FORM

PATIENT INFORMATION:

Fecha: _____

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: _____

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

Direccion: _____

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 temenos 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.**

Cualquier cita no confirmada se cancelará 24 horas antes de su cita. Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted para su confirmación, pero es responsabilidad del paciente asegurarse de que las citas se confirmen en las oficina. **Asegúrese de mantener actualizada su información de contrato con nuestra oficina.**

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 Clínica de Pender County es un adjunto facultad de UNC School of Dentistry y estudiantes o residentes pueden estar realizando mi tratamiento 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 departamento 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, prótesis removible o asegurada (coronillas, canal, y dentaduras) implantes dentales, restoraciones dentales, tratamiento a el desorden temporamandibular, tratamiento apnea del sueño, patología oral, cuidado dental de menores, radiografía y fotografía.

_____ Yo proveeré un historial 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

Registro de mensajes de texto y correo electrónico del paciente

Debido al mundo cambiante de la atención médica y la tecnología , la Clínica Dental del Condado de Pender ahora tiene la capacidad de proporcionar a nuestros pacientes cierto tipo de información a través de correo electrónico y / o mensajes de texto. Si desea tener la oportunidad de recibir información de este tipo, complete el siguiente formulario.

La Clínica Dental del Condado de Pender cree firmemente en la protección de la privacidad de nuestros pacientes. Cuando nos proporciona esta información, solo se utiliza como una forma de comunicarse con usted. Para proteger su privacidad, la Clínica Dental del Condado de Pender no enviará información confidencial o personal por correo electrónico o mensajes de texto . La Clínica Dental del Condado de Pender no comparte los nombres, direcciones de correo electrónico y / o números de teléfono celular de los pacientes con ninguna otra empresa ni con ningún otro paciente.

Por favor imprimir toda la información ordenada y legible.

Nombre _____

Correo electronico _____

Teléfono Móvil _____

_____ Sí, por favor inscribeme para recibir confirmaciones por **correo electrónico y mensajes de texto**.

_____ Yo no deseo ser contactada por correo electrónico. **(Solo mensajes de texto)**

_____ No deseo ser contactado a través texto. **(Solo por correo electrónico)**

_____ **Yo no deseo** ser contactado ni por mensaje de textoni por correo electronico.

Por la presente, doy permiso a la Clínica Dental del Condado de Pender para enviarme mensajes por correo electrónico o mensaje de texto como medio de comunicación según lo indicado por mi selección.

Firma

Fecha de firma

HISTORIA DENTAL

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? _____

¿Usted o un miembro de su familia ha estado aquí o en la clínica móvil antes? _____

¿Quien? _____

¿Cuándo fue tu última limpieza dental? _____

Si tiene dolor, ¿qué área de la boca le duele? _____

¿Cuánto tiempo te ha estado molestando? _____

¿Hay algo que mejore o empeore el dolor? _____

¿Con que frecuencia visitas al dentista? _____ por año

¿Cuál fue el motivo de su última visita al dentista? _____

¿Le han tomado radiografías en otra oficina recientemente? **SI NO**

*Si se ha realizado radiografías recientemente en otra oficina, tenga en cuenta que deberá solicitar que se nos las envíen por correo electrónico **antes** de su cita para evitar la sobreexposición y las reclamaciones de seguro denegadas.*

¿Con que frecuencia te cepillas? Por la mañana / Por la noche / Ambos

¿Con que frecuencia usa el hilo dental? _____ Por día

¿Dificultades con tratamientos dentales previos? **SI NO** ¿Por qué? _____

¿Antibióticos recetados previamente antes del tratamiento dental? _____

¿Consumo de bebidas carbonatadas/Dulces? **SI NO**

¿Qué? _____

Hábitos orales (apretar/rechinar/mordiendo las uñas) : _____

¿Uso de tabaco presente/pasado? ¿Frecuencia? _____

¿Uso de alcohol presente/pasado? ¿Frecuencia? _____

¿Uso de drogas recreativas presente/pasado? ¿Frecuencia? _____

HISTORIA DE MEDICO

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

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: SI NO

Erupciones / Erupción cutánea / Urticaria

Herpes labial frecuente / Ampollas de fiebre

Otras: _____

Ojos/Oídos: SI NO

Visión borrosa / Glaucoma

Pérdida auditiva / Zumbido o dolor en los oídos

Otras: _____

Respiratorio: SI NO

Dificultad para respirar / falta de aliento

Apnea del sueño / ronquidos

Dificultad para tragar / Ronquera

Enfisema / Tuberculosis / EPOC

Asma / neumonía / fiebre del heno

Sinusitis crónica

Otras: _____

Corazón, vasos sanguíneos: SI NO

Dolor en el pecho / Angina

Ataque cardíaco / insuficiencia cardíaca congestiva

Marcapasos / DAI / Válvula cardíaca artificial

Defectos cardíacos / soplos cardíacos /
cirugía cardíaca

Historia de endocarditis / cardiopatía valvular

Presión arterial alta / baja

Colesterol alto

Sangrado / moretones fácilmente

Medicamento anticoagulante

Historia de transfusiones de sangre

Enfermedad falciforme / rasgo

Anemia / hemofilia / u otros trastornos sanguíneos

Otras: _____

Digestivo: SI NO

Hepatitis / Enfermedad hepática Tipo: _____

Úlceras / enfermedad gástrica

Colitis / enfermedad de Crohn / celiaca /
enfermedad intestinal

Reflujo gástrico / ERGE / Vómitos

Otras: _____

Sistema nervioso: SI NO

Derrame cerebral / enfermedad cerebrovascular

Epilepsia / Convulsiones / Último episodio: _____

Dolores de cabeza frecuentes / Migrañas / Parkinson

Trauma de cabeza o cuello

Entumecimiento / hormigueo / mareos / desmayos

Demencia / Alzheimer / Discapacidad mental

Otras: _____

Huesos, músculos: SI NO

Artritis / reumatismo / gota

Articulaciones artificiales / extremidades /
ubicación: _____

Medicina para la osteoporosis / densidad ósea

Fibromialgia / RSD / Esclerosis múltiple

Otras: _____

Endocrino: SI NO

Diabetes / HbA1c o glucosa: _____

Condición tiroidea / desequilibrio hormonal

Otras: _____

Genitourinario: SI NO

Enfermedad renal / enfermedad de la vejiga

Diálisis ¿Frecuencia? _____

Enfermedad venérea / ETS / VIH / SIDA

Micción frecuente / sangre en la orina

Otras: _____

Hembra: SI NO N/A

Embarazada: # de meses ____ fecha de parto ____

Lactancia

Otro: SI NO

Fatiga / somnolencia diurna

Síndrome de Sjögren / trastorno autoinmune

Fobias / Ansiedades / Depresión

Trastornos del aprendizaje / TDAH / TDA

Trastornos del desarrollo

Tratamiento psiquiátrico

Cáncer / Radiación / Quimioterapia

Otras enfermedades / afecciones que cree que deberíamos saber: _____

ALERGIAS O REACCIONES A MEDICAMENTOS: SI NO _____

***** 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: _____

Revised March 1, 2023

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			