

# Child Health/Dental History Form



American Dental Association  
www.ada.org

Patient's Name <small>LAST FIRST INITIAL</small>			Nickname	Date of Birth
Parent's/Guardian's Name			Relationship to Patient	
Address <small>PO OR MAILING ADDRESS CITY STATE ZIP CODE</small>				
Phone <small>Home Work</small>			Sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Have you (the parent/guardian) or the patient had any of the following diseases or problems? ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 1. Active Tuberculosis, 2. Persistent cough greater than a three-week duration, 3. Cough that produces blood? <b>If you answer yes to any of the three items above, please stop and return this form to the receptionist.</b>				
<b>Has the child had any history of, or conditions related to, any of the following:</b>				
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> HIV +/-AIDS	<input type="checkbox"/> Mononucleosis
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Fainting	<input type="checkbox"/> Immunizations	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Chicken Pox	<input type="checkbox"/> Growth Problems	<input type="checkbox"/> Kidney	<input type="checkbox"/> Pregnancy (teens)
<input type="checkbox"/> Bladder	<input type="checkbox"/> Chronic Sinusitis	<input type="checkbox"/> Hearing	<input type="checkbox"/> Latex allergy	<input type="checkbox"/> Rheumatic fever
<input type="checkbox"/> Bleeding disorders	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Heart	<input type="checkbox"/> Liver	<input type="checkbox"/> Seizures
<input type="checkbox"/> Bones/Joints	<input type="checkbox"/> Ear Aches	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Sick cell
<input type="checkbox"/> Thyroid				
<input type="checkbox"/> Tobacco/Drug Use				
<input type="checkbox"/> Tuberculosis				
<input type="checkbox"/> Venereal Disease				
<input type="checkbox"/> Other _____				
<b>Please list the name and phone number of the child's physician:</b>				
Name of Physician _____			Phone _____	

## Child's History

	Yes	No
1. Is the child taking any prescription and/or over the counter medications or vitamin supplements at this time? ..... If yes, please list: _____	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is the child allergic to any medications, i.e. penicillin, antibiotics, or other drugs? If yes, please explain: _____	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is the child allergic to anything else, such as certain foods? If yes, please explain: _____	3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. How would you describe the child's eating habits? _____		
5. Has the child ever had a serious illness? If yes, when: _____ Please describe: _____	5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Has the child ever been hospitalized? .....	6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Does the child have a history of any other illnesses? If yes, please list: _____	7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Has the child ever received a general anesthetic? .....	8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Does the child have any inherited problems? .....	9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Does the child have any speech difficulties? .....	10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Has the child ever had a blood transfusion? .....	11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Is the child physically, mentally, or emotionally impaired? .....	12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Does the child experience excessive bleeding when cut? .....	13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Is the child currently being treated for any illnesses? .....	14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Is this the child's first visit to a dentist? If not the first visit, what was the date of the last dentist visit? Date: _____	15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Has the child had any problem with dental treatment in the past? .....	16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Has the child ever had dental radiographs (x-rays) exposed? .....	17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Has the child ever suffered any injuries to the mouth, head or teeth? .....	18. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Has the child had any problems with the eruption or shedding of teeth? .....	19. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Has the child had any orthodontic treatment? .....	20. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. What type of water does your child drink? <input type="checkbox"/> City water <input type="checkbox"/> Well water <input type="checkbox"/> Bottled water <input type="checkbox"/> Filtered water		
22. Does the child take fluoride supplements? .....	22. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Is fluoride toothpaste used? .....	23. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. How many times are the child's teeth brushed per day? _____ When are the teeth brushed? _____	24. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Does the child suck his/her thumb, fingers or pacifier? .....	25. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. At what age did the child stop bottle feeding? Age _____ Breast feeding? Age _____		
27. Does child participate in active recreational activities? .....	27. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NOTE: Both doctor and patient are encouraged to discuss any and all relevant patient health issues prior to treatment.**

I certify that I have read and understand the above. I acknowledge that my questions, if any, about inquiries set forth above have been answered to my satisfaction. I will not hold my dentist, or any other member of his/her staff, responsible for any action they take or do not take because of errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

Parent's/Guardian's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**For completion by dentist**

Comments \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**For Office Use Only:**  Medical Alert  Premedication  Allergies  Anesthesia Reviewed by \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

# Salud Infantil/Formulario para la Historia Dental



American Dental Association  
www.ada.org

Nombre del Paciente <small>ÚLTIMA INICIAL PRIMERA INICIAL</small>		Apellido	Fecha de Nacimiento	
Nombre del Padre/Madre/Encargado		Parentesco/Relación con el Paciente		
Dirección				
<small>DIRECCIÓN POSTAL</small>		<small>CIUDAD</small>	<small>ESTADO</small>	<small>CÓDIGO POSTAL</small>
Teléfono <small>Casa Trabajo</small>		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
¿Ha tenido usted (padre/ madre/ encargado) o el paciente alguna de estas enfermedades o problemas? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente que ha durado más de tres semanas, 3. Tos que produce sangre? <b>Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos tres problemas, deténgase por favor y devuelva este formulario a la recepcionista.</b>				
<b>Ha tenido el niño un historial médico, o condiciones relacionadas con lo que sigue?</b>				
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones (Vacunas)	<input type="checkbox"/> Embarazo (adolescencia)
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Alteraciones del crecimiento	<input type="checkbox"/> Riñones	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Oído	<input type="checkbox"/> Alergia al látex	<input type="checkbox"/> Ataques epilépticos
<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica	<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (drepanocitosis)
<input type="checkbox"/> Alteraciones Hemorrágicas	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Otras _____
<input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> VIH +/-SIDA	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Tiroides
			<input type="checkbox"/> Paperas (parotiditis)	<input type="checkbox"/> Uso de tabaco/ drogas
<b>Por favor anote el nombre y el número de teléfono del médico del niño:</b>				
Nombre del Médico _____		Teléfono _____		

## Historia del Niño

1. ¿Está el niño tomando algún remedio recetado y/o no recetado o suplementos vitamínicos en este momento? _____	1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, por favor haga una lista: _____	
2. ¿Es el niño alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Si es así, explique for favor: _____	2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique for favor _____	3. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Cómo describiría los hábitos alimentarios del niño? _____	
5. ¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo?: _____ Describala por favor: _____	5. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez? _____	6. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Tiene el niño un historial clínico por alguna otra enfermedad? Si es así, haga una lista por favor: _____	7. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general? _____	8. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Tiene el niño alguna condición hereditaria? _____	9. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Tiene el niño algún defecto del habla? _____	10. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea? _____	11. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional? _____	12. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta? _____	13. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente? _____	14. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿Es esta la primera visita al dentista del niño? Si no es así, ¿cuál fué la fecha de su última visita al dentista? Fecha: _____	15. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16. ¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado? _____	16. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17. ¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez? _____	17. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes? _____	18. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes? _____	19. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20. ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia? _____	20. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21. ¿Qué tipo de agua bebe su niño? <input type="checkbox"/> Agua doméstica <input type="checkbox"/> Agua de pozo <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Agua filtrada	
22. ¿Toma el niño suplementos fluorados? _____	22. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
23. ¿Usa dentífricos fluorados? _____	23. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24. ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño? _____ ¿A qué horas se cepillan los dientes del niño? _____	24. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
25. ¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete? _____	25. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad _____	
27. ¿Participa el niño en actividades recreativas energéticas? _____	27. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



**NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes de empezar el tratamiento.** Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por las medidas que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**A ser completado por el odontólogo/a**

Comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sólo Para Uso de la Oficina:**  Alerta Médica  Premedicación  Alergias  Anestesia Revisado por \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_



**Macon County  
Public Health**

**Welcome to Macon County Dental Services**

Macon County Public Health accepts Medicaid, NC Health Choice, patient pay and some private dental insurance plans. Sliding Fee payment options are available based on household size and income. **Proof of income is required** to qualify for the Sliding Fee. Payment is expected at time of service. We accept cash, Mastercard, Visa or personal checks. Your insurance will be billed but a copy of your insurance card is required.

Services offered include; cleanings, comprehensive & periodic exams, digital x-rays, extractions, fillings, partials, dentures, preventive fluoride, sealants and limited emergency services. Patients that arrive more than 10 minutes past their appointment time will be required to reschedule.

If you would like to make an appointment or have further questions, please call **Adult Dental at 828-349-2588 or the Molar Roller for Children's Dental services at 828-349-2513** or visit: [www.maconnc.org](http://www.maconnc.org) or [www.facebook.com/MaconPublicHealth](https://www.facebook.com/MaconPublicHealth). Please use blue or black ink.

Full Legal Name:	First	Last	MI
Social Security:			Sex: M or F
Date of Birth:		Country Of Birth:	County of Residence:
Race (check):	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> White-Hispanic Origin <input type="checkbox"/> American Indian/Native Alaskan <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other: _____		
Other (check/list):	<input type="checkbox"/> Seasonal Farm Worker <input type="checkbox"/> Migrant Farm Worker <input type="checkbox"/> Homeless English Speaking: Yes (or) No If Interpreter Required, please list Language: _____		
Email Address:			
Address:	street address		city
	mailing address if different than above		State/ Zip
Phone Contact:	home	cell and/or pager	work phone
Emergency Phone:	name of contact/relationship to Patient		emergency phone number
Have you ever received services at Macon County Public Health under a different name:			
Previous Dentist:	Address:		
Last Visit:	Phone:		
<b>List Other Persons Living In Home</b> (use back of form if additional space req.)	<b>DOB</b>	<b>Sex</b>	<b>Relationship to Patient</b>
<b>Insurance Company:</b> _____			
<b>Subscriber's Name</b> _____		<b>Subscribers Date of Birth</b> _____	
<b>A copy of the insurance card is required.</b>			



**Macon County  
Public Health**

**Bienvenido a Servicios Dentales del Condado de Macon**

Salud pública del condado Macon acepta Medicaid, NC Health Choise, paciente paga y algunos planes privados de seguros dentales. Escala de cobro variable está disponible basado en ingreso y tamaño del hogar. **Prueba de ingreso es requerido** para calificar en tarifa de cobro variable. El pago se espera en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, MasterCard, Visa o cheques personales. Se cobrara a su seguro pero se requiere una copia de su seguro.

Los servicios que ofrecemos incluye; limpiezas, exámenes integrales y periódicos, radiografías digitales, extracciones, rellenos, parciales, dentaduras, fluoruro preventivo, selladores y servicios limitados de emergencia. Los pacientes que lleguen a más de 10 minutos después de su hora de la cita deberán reprogramar.

Si desea hacer una cita o tiene más preguntas, por favor llame

**Dentista para adultos al 828-349-2588 o al Molar Roller para servicios dentales para niños al 828-349-2513**

O visite: [www.maconnc.org](http://www.maconnc.org) o [www.facebook.com/MaconPublicHealth](https://www.facebook.com/MaconPublicHealth). Por favor use tinta negra o azul.

Nombre legal completo:	Primer nombre	Apellido	Inicial
Seguro Social:			Sexo: M o F
Fecha de Nacimiento:		país de origen:	Condado de residencia:
Raza (marque):	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Blanco- Origen hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Otro (marque/lista):	<input type="checkbox"/> Trabajador agricola de temporada <input type="checkbox"/> trabajador migrante de campo <input type="checkbox"/> desamparados Habla ingles: Si (o) No Si un Interpreter es Requerido, por favor que idioma: _____		
Correo electrónico:			
Dirección:	Dirección de la calle		ciudad
	Dirección postal si es diferente de arriba		Estado/ zona postal
Teléfono de Contacto:	casa	Celular	Teléfono de trabajo
Teléfono de Emergencia:	Nombre del contacto/relación para el paciente		Numero de teléfono de emergencia
Ha recibido servicios en el Departamento de Salud Pública del condado de Macon bajo un nombre diferente:			
Dentista previo:	Dirección:		
Última Visita:	Teléfono:		
Lista de las personas viviendo en el hogar (Utilice la parte de atrás de la hoja si necesita adicional espacio.)		Fecha de nacimiento	Sexo
Compañía de seguros: _____			
Nombre del suscriptor _____		Fecha de nacimiento del Suscriptor _____	
<b>Copia de la tarjeta de seguro es requerida.</b>			

\_\_\_\_\_  
Last Name                      First Name                      MI



Macon County  
Public Health

\_\_\_\_\_  
Date of Birth

## Acknowledgement Receipt of "Notice of Privacy Practices"

By signing below, I am acknowledging that:

I am either the patient or the patient's personal representative and I have received a copy of the "Notice of Privacy Practices" of Macon County Public Health. I understand that I may contact the person named in the "Notice" if I have questions about the content of the "Notice".

I understand that if services are rendered to me and I am not eligible for insurance, at the time of service that I will be responsible for any expenses incurred during that visit.

All telephone numbers provided may be subject to receiving telephone calls from an automated dialer using a pre-recorded, artificial voice message or live operator call. I give my express consent to receive such phone calls, including any calls made to the cellular telephone number that I have provided

I authorize the release of any medical/dental or other information necessary to process this claim for payment. I request payment of benefits to Macon County Public Health and assigned entities or suppliers of services.

OR

I have medical/dental insurance but choose not to have them billed for today's services.

\_\_\_\_\_  
Signature of patient or parent/legal guardian/legally responsible person

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Relationship to patient

\_\_\_\_\_  
*To Be Completed by Staff*  
*Complete all applicable parts - Please refer to instructions*

Part 1. Complete if signature requested but not obtained:

Staff member sought but was unable to obtain an acknowledgment from the patient or the patient's personal representative for the following reason:

- Patient/personal representative refused to sign form  
 Other \_\_\_\_\_

Part 2. Complete if patient/personal representative unavailable to sign form on first date of service delivery:

- Form mailed/sent to patient/personal representative on \_\_\_\_\_ (Date)

\_\_\_\_\_  
Signature of staff member

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Apellido                      Primer Nombre                      Iniciales



Macon County  
Public Health

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

## “Aviso de normas de Privacidad”

---

### Al firmar abajo, estoy reconociendo que:

Yo soy el paciente o representante legal de paciente y he recibido una copia de “aviso de normas de Privacidad” de la Salud Publica del condado de Macon. Entiendo que puedo contactar a la persona nombrada en el “aviso” si tengo preguntas del contenido de este “Aviso”.

Yo entiendo que si los servicios se prestan a mí y yo no soy elegible para el seguro, al tiempo de servicios seré responsable de los gastos ocasionados durante la visita.

Todos los números de teléfono proporcionados puedes ser propensos a recibir llamadas telefónicas de un marcador automatizado mediante un mensaje de voz pregrabados, artificial o una llamada de operador vivo. Doy consentimiento expreso para recibir esas llamadas, incluyendo llamadas hechas al número de teléfono celular que les he proporcionado.

Yo autorizo la liberación de cualquier medico/dental u otra información necesaria para procesar esta solicitud de pago. Solicito el pago de beneficios para la salud pública del condado de Macon y entidades asignadas a proveedores de servicios.

OR

Yo tengo seguro médico/dental pero elijo no tenerlos facturados por los servicios de hoy.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre/guardián legal/persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

---

*To Be Completed by Staff*  
*Complete all applicable parts – Please refer to instructions*

*Part 1. Complete if signature requested but not obtained:*

Staff member sought but was unable to obtain an acknowledgment from the patient or the patient’s personal representative for the following reason:

- Patient/personal representative refused to sign form  
 Other \_\_\_\_\_

*Part 2. Complete if patient/personal representative unavailable to sign form on first date of service delivery:*

- Form mailed/sent to patient/personal representative on \_\_\_\_\_ (Date)

\_\_\_\_\_  
Signature of staff member

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Last Name                      First Name                      MI

\_\_\_\_\_  
Date of Birth



Macon County  
Public Health

## Consent for Dental Examination and Treatment

### By signing this Consent:

1. I authorize Macon County Dental Services to provide all necessary dental care recommended. If the patient is a minor, as parent/guardian, I authorize consent without me being present for the procedures.
2. I understand the dental staff will perform an oral examination on myself/child and provide needed dental care based on the dentist's findings. Dental treatments may include but are not limited to; cleanings, fluoride, sealants, digital x-rays, fillings, extractions, limited replacement options such as partials or dentures, stainless steel crowns, space maintainer and pulpotomies.
3. In the event that my child needs a primary tooth (baby tooth) extracted, I give consent for this extraction
4. I understand the emergency dental treatment may be limited and is done to relieve pain, swelling, infection and injury.
  - a. If a referral to a specialist is required for continuity of dental care, a Release of Records Form must be completed.
  - b. I authorize Macon County Public Health to share copies of my Treatment Plans and Treatment Schedules with agencies such as Macon Program for Progress (Head Start Program), Nursing Home Facilities, Physicians and DSS upon receiving written request from said facility for the purpose of coordinating care or your participation in their programs.
5. Sometimes problems can occur. I understand that there are risks in dental treatment; which may include pain/soreness, swelling, infection, bleeding, injury to nearby teeth or gums, problems with joints in the mouth or jawbone, numbness, and allergic reactions.
6. I have been given the opportunity to have all my questions answered and agree to have myself or my child participate in the dental program.
7. Macon County Public Health accepts Medicaid, NC Health Choice, patient pay and some private dental insurance plans. Patients who have no dental insurance may qualify for sliding fee scale based on your family size and income. You are required to notify staff immediately when your insurance coverage changes. I understand that if services are rendered to me and I am not eligible for insurance, at the time of service that I will be responsible for any expenses incurred during that visit.
8. Failure to comply with the above stated responsibilities Macon County Public Health reserves the right to reschedule your visit, refer the patient to another practice or dismiss you from our clinic.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient, Parent, or Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient



---

Apellido                      Primer Nombre                      Inicial



Macon County  
Public Health

---

Fecha de Nacimiento

## Consentimiento para Examen Dental y Tratamiento

### Al firmar este Consentimiento:

1. Autorizo a Servicios Dentales del Condado de Macon a proveer todo el cuidado dental necesario recomendado. Si el paciente es menor de edad, como padre/tutor, autorizo consentimiento sin que yo esté presente durante los procedimientos.
2. Entiendo que el personal realizara un examen oral a mi/niño y proveerá cuidado dental necesario basado en los resultados del dentista. Tratamientos dentales puede incluir pero no están limitados a; limpiezas, fluoruro, selladores, radiografías digitales, empastes, extracciones, opciones de reemplazo limitados, tales como los parciales o dentaduras postizas, coronas de acero inoxidable, retenedor de espacio y pulpotomias.
3. En el caso de que mi hijo necesite un diente temporal (diente de leche) extraído, doy mi consentimiento para esta extracción.
4. Entiendo que el tratamiento dental de emergencia puede ser limitado y se realiza para aliviar el dolor, hinchazón, infección y lesiones.
  - a. Si se requiere un referido a un especialista para la continuidad de la atención dental, se debe completar un Formulario de Divulgación de Registros.
  - b. Autorizo a la Salud Publica del Condado de Macon a compartir copias de mi plan de tratamientos y programas de tratamientos con agencias como Macon Program for Progress (Programa de Head Start), Hogares de Ancianos, Médicos y DSS al recibir la solicitud por escrito de dicha instalación con el fin de coordinar la atención o su participación en sus programas.
5. A veces problemas pueden ocurrir. Entiendo que hay riesgos en el tratamiento dental; que pueden incluir dolor/molestias, hinchazón, infección, sangrado, lesiones en los dientes o encías cercanas, problemas con las articulaciones en la boca o mandíbula, entumecimiento, y reacciones alérgicas.
6. Se me ha dado la oportunidad d tener las respuestas a mis preguntas y estoy de acuerdo en que yo o mi niño participe en el programa dental.
7. La Salud Publica del Condado de Macon acepta Medicaid, NC Health Choice, paciente paga y algunos planes de seguro privado. Los pacientes que no tienen seguro dental pueden calificar para escala de pago basado en el tamaño de su familia y sus ingresos. Se requiere que usted notifique al personal de inmediato cuando su cobertura de seguro cambia. Entiendo que si los servicios se prestan a mí y no soy elegible para el seguro, en el momento del servicio que voy a ser responsable de los gastos ocasionados durante esa visita.
8. Incumplimiento con la responsabilidad La Salud Publica del condado de Macon se reserve el derecho de reprogramar su visita, referir al paciente a otra práctica o despedirlo de nuestra clínica.

---

Firma del Paciente, Padre, o Tutor

---

Fecha

---

Relación con Paciente