



**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 Moler 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:		
<b>Lista de las personas viviendo en el hogar</b> (Utilice la parte de atrás de la hoja si necesita adicional espacio.)	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b>	<b>Relación con el paciente</b>
<b>Compañía de seguros:</b> _____			
<b>Nombre del suscriptor</b> _____		<b>Fecha de nacimiento del Suscriptor</b> _____	
<b>Copia de la tarjeta de seguro es requerida.</b>			