



**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 o cheques personales. Se cobrara a suseguro pero se requiere una copia de su seguro.

Los servicios que ofrecemos incluye; limpiezas, exámenes integrales y periódicos, radiografías digitales, extracciones, rellenos, 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 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](http://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 Pacífico	<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:		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	Relación con el paciente

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del Suscriptor \_\_\_\_\_

Copia de la tarjeta de seguro es requerida.

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 la articulaciones en la boca o mandíbula, entumecimiento, y reacciones alérgicas.
6. Se me ha dado la oportunidad de 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 plane 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

\_\_\_\_\_  
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 pueden 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



Formulario de Historial Medico

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono del Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Relación del Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

Tuberculosis Activa \_\_\_\_\_ Sí No  
Tos persistente de más de 3 semanas de duración \_\_\_\_\_ Sí No  
Tos que produce sangre \_\_\_\_\_ Sí No  
A estado expuesto a alguien con Tuberculosis \_\_\_\_\_ Sí No

Historia Medica

¿Está ahora bajo el cuidado de un médico? \_\_\_\_\_ Sí No  
Nombre del medico \_\_\_\_\_  
Teléfono (incluya el código de área) \_\_\_\_\_  
Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_  
¿Tiene buena salud? \_\_\_\_\_ Sí No  
¿Ha notado algún cambio en su salud general en el último año? \_\_\_\_\_ Sí No  
Si es así, ¿qué condición se ha tratado? \_\_\_\_\_  
Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido una enfermedad grave, operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años? \_\_\_\_\_ Sí No  
Si es así, ¿qué enfermedad o problema? \_\_\_\_\_  
¿Está tomando o recientemente ha tomado medicina recetada o medicina(s) no recetada? \_\_\_\_\_ Sí No  
Si es así, por favor haga una lista, incluya vitaminas, naturales o preparaciones de hierbas/o suplementos de dieta  
\_\_\_\_\_  
¿Usa lentes de contacto? \_\_\_\_\_ Sí No

Reemplazo articular.

¿Le han realizado un reemplazo ortopédico total de articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? \_\_\_\_\_ Sí No  
Fecha \_\_\_\_\_  
Si es así, ¿Ha tenido alguna complicación? \_\_\_\_\_ Sí No  
¿Está tomando o tiene planeado comenzar a tomar algún medicamento como Alendronato (Fosamax) o Risedronato (Actone) para osteoporosis o la enfermedad de Paget? \_\_\_\_\_ Sí No  
¿Desde el 2001, ha recibido o tiene planeado recibir tratamiento con bifosfonatos intravenosos (Aredia o Zometa) para el dolor óseo, la hipercalcemia las complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad Paget, mielomas múltiple o cáncer metastásico? \_\_\_\_\_ Sí No  
Fecha de inicio del tratamiento \_\_\_\_\_ Sí No  
¿Consumo sustancias controladas (drogas)? \_\_\_\_\_ Sí No  
¿Consumo tabaco (fuma, rapé/snuff, mascar, bidis)? \_\_\_\_\_ Sí No  
Si es así, ¿está interesado en parar? MUY/TALVEZ/ NO INTERESADO \_\_\_\_\_ Sí No  
¿Consumo bebidas alcohólicas? \_\_\_\_\_ Sí No  
Si es así, ¿cuánto alcohol ha bebido en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_  
Si es así, ¿cuánto consume normalmente en la semana? \_\_\_\_\_

SOLO MUJERES. Esta usted:

Embarazada \_\_\_\_\_  
Numero de semanas \_\_\_\_\_  
¿Toma píldoras anticonceptivas o sustitutos hormonales? \_\_\_\_\_ Sí No  
¿Amamantando a su bebe? \_\_\_\_\_ Sí No

Alergias, Es alérgico o ha tenido alguna reacción a

Anestésicos locales \_\_\_\_\_ Sí No      Látex(caucho) \_\_\_\_\_ Sí No  
Aspirina \_\_\_\_\_ Sí No      Yodo \_\_\_\_\_ Sí No



**Macon County  
Public Health**

Penicilina u otros antibióticos \_\_\_\_\_ Si No  
 Barbitúricos, sedantes o somníferos \_ Sí No  
 Sulfonamidas \_\_\_\_\_ Si No  
 Codeína u otros narcóticos \_\_\_\_\_ Si No  
 Metales \_\_\_\_\_ Si No

Rinitis alérgica/estacional \_\_ Sí No  
 Animales \_\_\_\_\_ Sí No  
 Alimentos \_\_\_\_\_ Sí No  
 Otro \_\_\_\_\_ Sí No  
 Si es así, por favor especifique: \_\_

Cardiopatía Congénita (CC)- Por favor indique si ha tenido o no alguna de las siguientes enfermedades:

Válvula cardiaca artificial (prostética) _____ Si	No	Cardiopatía cianótica no reparada __ Sí	No
Endocarditis infecciosa previa _____ Si	No	Reparada (total) en los últimos 6 meses	
Válvulas dañada en un corazón trasplantado _____ Si	No	_____ Sí	No
Cardiopatía congénita _____ Sí	No	Cardiopatía reparada con defectos residuales	
		_____ Sí	No

Otras enfermedades y Condiciones- Por favor indique si ha tenido o no alguna de las siguientes:

Enfermedades Cardiovasculares _____ Si	No	Transfusión de sangre _____ Sí	No
Angina _____ Si	No	Si es así, fecha _____	
Arteriosclerosis _____ Si	No	Hemofilia _____ Sí	No
Insuficiencia cardiaca congestiva _____ Si	No	SIDA o VIH _____ Sí	No
Válvulas cardiacas dañadas _____ Si	No	Artritis _____ Sí	No
Infarto del corazón _____ Si	No	Enfermedad autoinmune _____ Sí	No
Soplo cardiaco _____ Si	No	Artritis reumatoide _____ Si	No
Presión arterial baja _____ Si	No	Lupus Eritematoso sistémico _____ Sí	No
Presión arterial alta _____ Si	No	Asma _____ Sí	No
Otros defectos congénitos del corazón __ Si	No	Bronquitis _____ Sí	No
Prolapso de la válvula mitral _____ Si	No	Enfisema _____ Sí	No
Marcapasos _____ Si	No	Sinusitis _____ Sí	No
Fiebre reumática _____ Si	No	Tuberculosis _____ Sí	No
Cardiopatía reumática _____ Si	No	Cáncer/tratamiento quimioterapia/radiación	
		_____ Sí	No
Hemorragia anormal _____ Si	No	Dolor en el pecho al hacer esfuerzo Sí	No
Anemia _____ Si	No	Dolor crónico _____ Sí	No
Diabetes tipo I o II _____ Si	No	Trastornos de sueño _____ Sí	No
Trastorno alimentación _____ Si	No	Trastornos de salud mental _ Sí	No
Malnutrición _____ Si	No	Especifique _____	
Enfermedad gastrointestinal _____ Si	No	Infecciones recurrentes _____ Si	No
E.G. Reflux/acidez estomacal persistente Si	No	Tipo de infección _____	
Embolia _____ Si	No	problemas renales _____ Sí	No
Glaucoma _____ Si	No	Sudores nocturnos _____ Sí	No
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática Si	No	Osteoporosis _____ Sí	No
Epilepsia _____ Si	No	Glándulas del cuello persistentes en el cuello	
		_____ Sí	No
Desmayos o convulsiones _____ Si	No	Dolores de cabeza/ migrañas _ Sí	No
Trastornos neurológicos _____ Si	No	Pérdida de peso severa o rápida _ Sí	No
Si es así, especifique _____		Enfermedades de transmisión sexual Sí	No
		Necesidad de orinar excesiva frecuente	Sí No

Pre Medicación

¿Le ha recomendado un médico o dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? Sí No  
 Nombre de médico o dentista que hace la recomendación (incluya el número de teléfono) \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no se ha mencionado anteriormente y que cree que yo debería saber?  
 \_\_\_\_\_ Sí No

Por favor explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha