

New Patient Packet
Macon County Public Health
Adult Dental Clinic
828-349-2588



Bienvenido a la Clínica Dental para adultos del Centro de Salud Pública del Condado de Macon.

Para servicios debe ser mayor de 18 años, actualmente estamos aceptando nuevos pacientes que pagan por si mismos o con el seguro de Medicaid de Carolina del Norte. Los cobros para los pacientes que pagan por si mismos son basados en una escala de cobros variables. Se aceptan dinero en efectivo, MasterCard, Visa y cheques personales. Ofrecemos servicios tales limpiezas, amplio exámenes periódicos, dentadura postiza, radiografías, extracciones, empastes del color del diente, parciales fluoruro preventivo y servicios limitados de emergencia. Para que esta clínica pueda continuar sirviendo a los ciudadanos de nuestro condado tenemos que mantener estrictas políticas de citas, cuándo usted no asiste a la cita esto afecta a todos. Si le gustaría hacer una cita o si usted tiene preguntas, favor llámenos al 828-349-2588 o visite: www.maconnc.org. Por favor llene los formularios en tinta negra o azul.

Hoja de Datos personales

Nombre completo:	Primer nombre	Inicial del Segundo nombre	Apellidos	Sr. Sra. Srita.
# Seguro Social:		Numero de la licencia	Sexo	M F
Fecha de nacimiento:		País de origen:	Condado donde reside:	
Raza (check):	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Blanco origen hispano	<input type="checkbox"/> Indio Americano / nativo de Alaska	
	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Asiático/Islands del Pacifico	<input type="checkbox"/> Desconocido: _____	
Otro (marque):	<input type="checkbox"/> Trabajador agricola de temporada <input type="checkbox"/> Deambulante <input type="checkbox"/> trabajador migrante de campo			
	Habla ingles: Si No nesecita un interprete, que idioma _____			
correo electrónico:				
Dirección:	Numero y nombre de la calle		ciudad	
	Dirección de correo si es diferente		estado	
Numero de teléfono	Casa	Celular	trabajo	
# de teléfono para confirmar la cita:	Celular	casa	correo electrónico	Mensaje de texto
Contacto en emergencias:	Nombre del contacto / relación para el paciente			Numero de teléfono
Apellido de soltera /u otros nombres:				
Lista de las personas que viven en casa (Si necesita mas espacio use la parte de atrás de la hoja.)		Fecha de nacimiento	Sexo M/F	Relación para el paciente

MEDICAID **Escriba el numero del seguro de Medicaid:**

<input checked="" type="checkbox"/> S=si N=no NS=no se	S	N	NS	<input checked="" type="checkbox"/> S=si N=no NS=no se	S	N	NS
¿Tiene tuberculosis activo?				¿Le sangran las encías?			
¿Tiene tos persistente de más de 3 semanas?				¿Sufre de dolor de oídos o del cuello?			
¿Tiene tos que produce sangre?				¿Tiene algún ruido, salto, o molestia en la mandíbula?			
¿Tiene contacto con personas que tienen TB?				¿Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?			
¿Son sus dientes sensibles al calor, frio, presión?				¿Tiene lesiones o úlceras en su boca?			
¿Sufre de boca seca?				¿Usa dentaduras completas o parciales?			
¿Ha tenido tratamiento periodontal (de la encía)?				¿Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?			
¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia (con aparatos)				¿Tiene dolor o molestias dentales en este momento?			