



WILKES PUBLIC HEALTH
DENTAL CLINIC

1915 West Park Drive, Suite 104
North Wilkesboro, NC 28659

Children's Clinic: 903-9399
Adult Clinic: 903-7300
Mobile Clinic: 903-7303
Clinic Fax: 903-0464

REGISTRACION DEL NINO

Estamos muy entusiasmados de informarle que la Unidad Móvil de la Clínica Publica de Salud Dental de Wilkes estará visitando se escuela, sitio o centro este ano. Nuestra misión es servirles a los niños y adultos del condado de Wilkes que no puedan recibir tratamiento debido a la falta de transporte o ingresos.

Si usted está interesado en nuestros servicios, por favor llene esta forma completamente en ambos lados y regrésela a la escuela, sitio o centro lo más pronto posible. Cualquier forma incompleta va a descalificar a su niño(a).

Si usted tiene alguna pregunta llame al personal de la Clínica Dental Móvil al 336-903-7303 o al 336-928-0047. La información de agaje es requerida para contactarlo(a). Si esta información cambia, comuníquese con el personal de la Clínica Móvil lo más pronto posible.

Una copia actual de la tarjeta de Medicaid o tarjeta de la opción de la salud es requerida antes que puédanos tratar a cualquier paciente. Por favor adjunte una copia de esta forma antes de regresar esto a su escuela, sitio o centro.

SI, yo estoy interesado(a) en que mi niño(a) sea tratado(a) en la Clínica Dental Móvil.
 NO, no estoy interesado(a).

Por medio de la presente requiero que el personal de la Clínica Dental Móvil realice un examen dental y rayos X. Entiendo que cualquier necesidad dental en el futuro me será explicada por escrito y debo firmar y regresar el consentimiento escrito antes de que el tratamiento sea completado.

Nombre del Nino(a): _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Escuela/Sitio/Centro: _____ Grado y Nombre del Maestro(a): _____

Su niño(a) ha sido tratado(a) antes en la Clínica Móvil? Si No

Dirección: _____ Teléfono de casa: _____

_____ Teléfono celular: _____

_____ Otro número: _____

Sexo: M F Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Raza: _____

Número de Seguro Social del niño(a): _____ (para uso de beneficio)

Su niño(a) tiene: Medicaid Opción de la Salud (NC Health Choice)
Aseguranza Privada Sin Aseguranza

Padres/Tutor: Nombre _____ **Fecha:** _____

USTED DEBE INCLUIR UNA COPIA ACTUAL DE LA ASEGURANZA

Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos, sin importar la cobertura. Yo autorizo a la Clínica Móvil Dental de Wilkes que envíe toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de mi firma en todos las peticiones de los beneficios sin importar que sea manual o electrónico.

NO OLVIDE DE LLENAR EL OTRO LADO DE ESTA FORMA!!! 

(2013 Registration Del Nino Mobile 07-09-2013)

HISTORIA DENTAL

Fecha del último examen dental: _____ Para qué razón ? _____

El niño(a) ha tomado suplemento de fluoruro recetado? SI _____ NO _____

Su niño(a) tiene o ha tenido algo de lo siguiente? (Por favor explique brevemente)

- Experiencias dentales infelices: _____
- Alguna reacción alérgica a cualquier tratamiento dental o materiales: _____
- Heridas en la cabeza o boca: _____
- Cualquier inquietud respecto a los dientes: _____
- Cualquier habito:
 Chupar el pulgar / los dedos: ___ morderse las unas: ___ Chupete: ___
 Dorma con la botella: _____

HISTORIA MÉDICA

Fecha de la ultima exanimación medica: _____ Nombre del doctor: _____

Por favor SOLO marque si su niño(a) o paciente tiene alguna de las siguientes enfermedades:

- _ ENFERMEDADES DEL CORAZON
- _ DESORDEN DE LA HIPERACTIVIDAD
- _ ALERGIAS A ALGUNA COMIDA
- _ ALERGIAS A ALGUNA MEDICINA
- _ ASMA
- _ SINUS / ALERGIAS TEMPORALES
- _ HERPES / ULCERAS LABIALES
- _ DIABETES
- _ DISABILIDAD FISICA
- _ DISABILIDAD MENTAL
- _ LABIO O PALADAR HENDIDO
- _ HEPATITIS (A,B,C)
- _ ENFERMEDAD HEMORRAGICA
- _ ALERGIAS A ALGUNA MEDICINA
- _ ANEMIA
- _ TRANSFUSIONES DE SANGRE
- _ CONVULSIONES / EPILEPSIA / SINCOPE
- _ ENFERMEDAD DEL HIGADO
- _ ARTRITIS

- _ ENFERMEDAD DE TIROIDE
- _ TUBERCULOSIS
- _ MONONUCLEOSIS
- _ CANCER
- _ ABUSO DE DROGAS / ALCOHOL
- _ ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE
- _ SIDA/ VIH
- _ CIRURGIAS
- _ HA ESTADO EMBARAZADA
- _ AUTISMO/ASPERGERS
- _ MRSA
- _ EMBARAZADA / PASTILLAS ANTICONSEPTIVAS
- *POR FAVOR ESCRIBA UNA LISTA DE LAS
 MEDICINAS QUE ESTA TOMADO ACTUALMENTE:**
- _____
- _____
- _____
- _____

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas son verdaderas y correctas. Yo informare al personal de la Clínica Móvil de cualquier cambio.

Firma de los Padres/ Tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma del Dentista: _____ **Fecha:** _____

Reconocimiento de recibo del aviso de Praticas de Privacidad

Pude negarse a firmar este reconocimiento
He recibido una copia o me han ofrecido una copia del aviso de las practicas de privacidad de la oficina o he tenido la oportunidad de leer la copia publicada de la notificacion de practicas de privacidad en la zona de recepcion.

Imprimir el nombre del Padres/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma del Padres/Tutor: _____ **Fecha:** _____