



Dental Health

Departamento de Salud del
Condado de Wilson

252-237-3141 Ext. 6291

PACIENTE INFORMACION

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ MI: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____
Ciudad Estado Código postal

FECHA DE NACIMIENTO: _____ MASCULINO: _____ HEMBRA: _____

SEGURIDAD SOCIAL#: _____ RAZA: _____

ESCUELA: _____ GRADO: _____ MAESTRO: _____

PADRE/TUTOR LEGAL

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ MI: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____ TELÉFONO CELULAR #: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

CONTACTO/TELÉFONO DE EMERGENCIA #: _____

PAGO INFORMACIÓN

¿SU HIJO TIENE **MEDICAID O OPCIÓN DE SALUD??** SÍ _____ NO _____

EN CASO AFIRMATIVO, **PROPORCIONE MEDICAID O TARJETA DE ELECCIÓN DE SALUD#:** _____

SEGURO:

¿SU HIJO TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO DE PAGO?? SÍ _____ NO _____

EN CASO AFIRMATIVO, SÍRVASE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ SSN#: _____ DOB: _____

INSURANCE CO. NOMBRE Y RECLAMACIONES DIRECCIÓN: _____

GRUPO INS.# _____ TELÉFONO DEL SEGURO #: _____

EMPLEADOR: _____

****SI ES POSIBLE, PLEASE ENVÍE UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO, POR DELANTE Y POR DETRÁS. GRACIAS****

PAGO PRIVADO:

SI NO TIENE SEGURO Y DESEA SOLICITAR UN **DESCUENTO** , PROPORCIONE EL SIGUIENTE INFORMACIÓN:

NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVEN EN EL HOGAR: ADULTOS: _____ NIÑOS: _____

INGRESO FAMILIAR MENSUAL TOTAL \$ _____ EMPLEADOR: _____

¿RECIBE DESEMPLEO?? SÍ _____ NO _____ IMPORTE: \$ _____

¿RECIBE SU DISCAPACIDAD DE RECEPCIÓN?? SÍ _____ NO _____ IMPORTE: \$ _____

¿TIENE ALGUNA OTRA FORMA DE INGRESO?? SÍ _____ NO _____ IMPORTE: \$ _____

If Yes, Please Explain: _____

***TENGA EN CUENTA: SE PUEDE SOLICITAR UN COMPROBANTE DE INGRESOS. GRACIAS**



Dental Health

Departamento de Salud del
Condado de Wilson

MÉDICO HISTORIA (Por favor comprobar cualquier condiciones o Salud Preocupaciones usted niño tiene o tiene Tenía en el pasado)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> NINGUNO | <input type="checkbox"/> HERIDA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATORIOS |
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH | <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE AUDICIÓN | <input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL BAJA |
| <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CARDÍACOS | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA |
| <input type="checkbox"/> ARTICULACIONES ARTIFICIALES | <input type="checkbox"/> SOPLO CARDÍACO | <input type="checkbox"/> ALERGIAS ESTACIONALES |
| <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES |
| <input type="checkbox"/> TRASTORNOS HEMORRÁGICOS | <input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ALTA | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LA SANGRE/CÉLULAS FALCIFORMES | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> RECHINAR LOS DIENTES |
| <input type="checkbox"/> CÁNCER | <input type="checkbox"/> NEFROPATÍA | <input type="checkbox"/> ATM |
| <input type="checkbox"/> PARÁLISIS CEREBRAL | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD HEPÁTICA | <input type="checkbox"/> CONSUMO DE TABACO/TABAQUISMO |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> PAPERAS | <input type="checkbox"/> ÚLCERAS |
| <input type="checkbox"/> SÍNDROME DE DOWN | <input type="checkbox"/> TRASTORNOS NERVIOSOS | <input type="checkbox"/> REQUIERE ESPECIAL |
| <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> CONJUNTIVITIS/CONJUNTI VITIS | |
| | <input type="checkbox"/> EMBARAZO (AHORA) | |
- ALOJAMIENTOS/POR FAVOR
EXPLIQUE: _____

¿Su hijo tiene alguna otra enfermedad grave que no esté mencionada anteriormente? En caso afirmativo, sírvase describir: _____

¿Su hijo tiene alergias a alguno de los siguientes: (verifique todos los que se aplican)

- Penicilina Látex Anestesia Codeína Otras alergias (por favor enumere) _____
- Sulfa Drogas Metales

Por favor, enumere todos los medicamentos y dosis que su hijo está tomando actualmente- incluya la dosis:

Información sobre el cuidado de Health (Esta información se utiliza para enviar información de la visita a su proveedor de atención primaria)

El nombre de su médico: _____ Teléfono: _____

El nombre de su dentista: _____ Teléfono: _____

Si no hay ninguno, ¿le gustaría que WCHD sea el dentista de su hijo? Sí No

En caso negativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene alguna preocupación sobre la salud dental de su hijo? _____

Al firmar a continuación, reconozco que:

- Soy el padre o el representante personal del paciente
- Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba tratamiento dental, que incluye un examen completo, radiografías, limpieza, fluoruro, selladores, fotografías, empastes y medicamentos anestésicos proporcionados por Wilson County Dental Health. Entiendo que se le puede dar tratamiento dental a mi hijo sin mi presencia.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____



Wilson County Health Department

1801 Glendale Drive SW • Wilson, NC 27893-4401 • Phone 252.237.3141

EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE WILSON RESUMEN DE NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestra notificación sobre las Prácticas de Privacidad proporciona información acerca de cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida. La Notificación contiene los derechos del Paciente que describe la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestra notificación antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestra notificación pueden cambiar. Si hay un cambio en nuestra notificación, usted puede obtener una copia con la nueva versión, poniéndose en contacto con nuestra oficina al (252)237-3141 x 6751.

Usted tiene el derecho de cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida para el propósito de tratamiento, pago o cuidado de la salud. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, honraremos el acuerdo.

Al firmar esta forma, usted da su consentimiento para nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para el propósito de tratamiento, pago o cuidado de la salud. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito y su firma. Sin embargo, dicha revocación no afectara ninguna divulgación que hayamos hecho en base a su consentimiento previo. El Departamento de Salud del Condado de Wilson proporciona este formulario para cumplir con La Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

El Paciente Entiende Que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o usada para realizar las operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud.
- El Departamento de Salud del Condado de Wilson tiene el Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tenga la oportunidad de revisar este aviso.
- El Departamento de Salud del Condado de Wilson se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene el derecho de solicitar restricciones a los usos de su información pero
- El Departamento de Salud del Condado de Wilson no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y la completa divulgación parara.
- El Departamento de Salud del Condado de Wilson no puede condicionar la recepción de tratamiento en la ejecución de este consentimiento.

He recibido una copia del Resumen de Notificación de Prácticas de Privacidad. Entiendo que también puedo solicitar una copia del Aviso sobre Las Practicas de la Privacidad completa, si así lo deseo.

Nombre del Paciente (Imprimir)

Firma del Paciente/Padres o Tutor Legal

Fecha

Imprimir Firma del Representante del Paciente

Fecha

(Requerido si el/la paciente es menor de edad o es un adulto que no puede firmar)

Relación del Representante del Paciente