

Child Health/Dental History Form



American Dental Association
www.ada.org

Patient's Name <small>LAST FIRST INITIAL</small>			Nickname	Date of Birth
Parent's/Guardian's Name			Relationship to Patient	
Address <small>PO OR MAILING ADDRESS CITY STATE ZIP CODE</small>				
Phone <small>Home Work</small>			Sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Have you (the parent/guardian) or the patient had any of the following diseases or problems? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 1. Active Tuberculosis, 2. Persistent cough greater than a three-week duration, 3. Cough that produces blood? If you answer yes to any of the three items above, please stop and return this form to the receptionist.				
Has the child had any history of, or conditions related to, any of the following:				
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> HIV +/-AIDS	<input type="checkbox"/> Mononucleosis
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Fainting	<input type="checkbox"/> Immunizations	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Chicken Pox	<input type="checkbox"/> Growth Problems	<input type="checkbox"/> Kidney	<input type="checkbox"/> Pregnancy (teens)
<input type="checkbox"/> Bladder	<input type="checkbox"/> Chronic Sinusitis	<input type="checkbox"/> Hearing	<input type="checkbox"/> Latex allergy	<input type="checkbox"/> Rheumatic fever
<input type="checkbox"/> Bleeding disorders	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Heart	<input type="checkbox"/> Liver	<input type="checkbox"/> Seizures
<input type="checkbox"/> Bones/Joints	<input type="checkbox"/> Ear Aches	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Sick cell
<input type="checkbox"/> Thyroid				
<input type="checkbox"/> Tobacco/Drug Use				
<input type="checkbox"/> Tuberculosis				
<input type="checkbox"/> Venereal Disease				
<input type="checkbox"/> Other _____				
Please list the name and phone number of the child's physician:				
Name of Physician _____			Phone _____	

Child's History

	Yes	No
1. Is the child taking any prescription and/or over the counter medications or vitamin supplements at this time? If yes, please list: _____	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is the child allergic to any medications, i.e. penicillin, antibiotics, or other drugs? If yes, please explain: _____	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is the child allergic to anything else, such as certain foods? If yes, please explain: _____	3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. How would you describe the child's eating habits? _____		
5. Has the child ever had a serious illness? If yes, when: _____ Please describe: _____	5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Has the child ever been hospitalized?	6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Does the child have a history of any other illnesses? If yes, please list: _____	7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Has the child ever received a general anesthetic?	8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Does the child have any inherited problems?	9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Does the child have any speech difficulties?	10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Has the child ever had a blood transfusion?	11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Is the child physically, mentally, or emotionally impaired?	12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Does the child experience excessive bleeding when cut?	13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Is the child currently being treated for any illnesses?	14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Is this the child's first visit to a dentist? If not the first visit, what was the date of the last dentist visit? Date: _____	15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Has the child had any problem with dental treatment in the past?	16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Has the child ever had dental radiographs (x-rays) exposed?	17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Has the child ever suffered any injuries to the mouth, head or teeth?	18. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Has the child had any problems with the eruption or shedding of teeth?	19. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Has the child had any orthodontic treatment?	20. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. What type of water does your child drink? <input type="checkbox"/> City water <input type="checkbox"/> Well water <input type="checkbox"/> Bottled water <input type="checkbox"/> Filtered water		
22. Does the child take fluoride supplements?	22. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Is fluoride toothpaste used?	23. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. How many times are the child's teeth brushed per day? _____ When are the teeth brushed? _____	24. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Does the child suck his/her thumb, fingers or pacifier?	25. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. At what age did the child stop bottle feeding? Age _____ Breast feeding? Age _____		
27. Does child participate in active recreational activities?	27. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE: Both doctor and patient are encouraged to discuss any and all relevant patient health issues prior to treatment.

I certify that I have read and understand the above. I acknowledge that my questions, if any, about inquiries set forth above have been answered to my satisfaction. I will not hold my dentist, or any other member of his/her staff, responsible for any action they take or do not take because of errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

Parent's/Guardian's Signature _____ Date _____

For completion by dentist

Comments _____

For Office Use Only: Medical Alert Premedication Allergies Anesthesia Reviewed by _____
Date _____

Nombre del Paciente <small>ÚLTIMA INICIAL PRIMERA INICIAL</small>		Apellido	Fecha de Nacimiento
Nombre del Padre/Madre/Encargado		Parentesco/Relación con el Paciente	
Dirección <small>DIRECCIÓN POSTAL</small>		<small>CIUDAD</small>	<small>ESTADO</small>
Teléfono <small>Casa Trabajo</small>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido usted (padre/ madre/ encargado) o el paciente alguna de estas enfermedades o problemas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente que ha durado más de tres semanas, 3. Tos que produce sangre? Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos tres problemas, deténgase por favor y devuelva este formulario a la recepcionista.			
Ha tenido el niño un historial médico, o condiciones relacionadas con lo que sigue?			
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones (Vacunas)
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Alteraciones del crecimiento	<input type="checkbox"/> Embarazo (adolescencia)
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Oído	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica	<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Ataques epilépticos
<input type="checkbox"/> Alteraciones Hemorrágicas	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (drepanocitosis)
<input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> VIH +/-SIDA	<input type="checkbox"/> Sarampión
		<input type="checkbox"/> Paperas (parotiditis)	<input type="checkbox"/> Tiroides
			<input type="checkbox"/> Uso de tabaco/ drogas
Por favor anote el nombre y el número de teléfono del médico del niño: Nombre del Médico _____ Teléfono _____			

Historia del Niño

	Sí	No
1. ¿Está el niño tomando algún remedio recetado y/o no recetado o suplementos vitamínicos en este momento? _____ Si es así, por favor haga una lista: _____	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es el niño alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Si es así, explique for favor: _____	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique for favor _____	3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cómo describiría los hábitos alimentarios del niño? _____		
5. ¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo?: _____ Describala por favor: _____	5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez?	6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene el niño un historial clínico por alguna otra enfermedad? Si es así, haga una lista por favor: _____	7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general?	8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene el niño alguna condición hereditaria?	9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene el niño algún defecto del habla?	10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea?	11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional?	12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta?	13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente?	14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Es esta la primera visita al dentista del niño? Si no es así, ¿cuál fué la fecha de su última visita al dentista? Fecha: _____	15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado?	16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez?	17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes?	18. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes?	19. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia?	20. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Qué tipo de agua bebe su niño? <input type="checkbox"/> Agua doméstica <input type="checkbox"/> Agua de pozo <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Agua filtrada		
22. ¿Toma el niño suplementos fluorados?	22. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Usa dentífricos fluorados?	23. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño? _____ ¿A qué horas se cepillan los dientes del niño? _____	24. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete?	25. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad _____		
27. ¿Participa el niño en actividades recreativas energéticas?	27. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes de empezar el tratamiento. Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por las medidas que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado _____ Fecha _____

A ser completado por el odontólogo/a

Comentarios _____

Sólo Para Uso de la Oficina: Alerta Médica Premedicación Alergias Anestesia Revisado por _____
 Fecha _____



**Macon County
Public Health**

Welcome to Macon County Dental Services

Macon County Public Health accepts Medicaid, some private dental insurance plans or self pay. Sliding Fee payment options are available based on household size and income. **Proof of income is required** to qualify for the sliding fee option. Payment is expected at time of service. We accept cash or personal checks. Your insurance will be billed but a copy of your insurance card is required.

Services offered include; cleanings, comprehensive & periodic exams, digital x-rays, extractions, fillings, preventive fluoride, sealants and limited emergency services. Patients that arrive more than 10 minutes past their appointment time will be required to reschedule.

If you would like to make an appointment or have further questions, please call **the Molar Roller for Children's Dental services at 828-349-2513** or visit: www.maconnc.org or www.Facebook.com/MaconPublicHealth. Please use blue or black ink.

Full Legal Name:	First	Last	MI
Social Security:			Sex: M or F
Date of Birth:		Country Of Birth:	County of Residence:
Race (check):	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> White-Hispanic Origin <input type="checkbox"/> American Indian/Native Alaskan <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other: _____		
Other (check/list):	<input type="checkbox"/> Seasonal Farm Worker <input type="checkbox"/> Migrant Farm Worker <input type="checkbox"/> Homeless English Speaking: Yes (or) No If Interpreter Required, please list Language: _____		
Email Address:			
Address:	street address		city
	mailing address if different than above		State/ Zip
Phone Contact:	home	cell and/or pager	work phone
Emergency Phone:	name of contact/relationship to Patient		emergency phone number
Have you ever received services at Macon County Public Health under a different name:			
Previous Dentist:	Address:		
Last Visit:	Phone:		
List Other Persons Living In Home (use back of form if additional space req.)	DOB	Sex	Relationship to Patient
Insurance Company: _____			
Subscriber's Name _____		Subscribers Date of Birth _____	
A copy of the insurance card is required.			



**Macon County
Public Health**

Bienvenido a Servicios Dentales del Condado de Macon

La Salud pública del condado Macon acepta Medicaid, algunos planes privados de seguros dentales o pago por cuenta propia. 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 cobrará a su seguro, pero se requiere una copia de su tarjeta de seguro dental.

Los servicios que ofrecemos incluye; limpiezas, exámenes completos y periódicos, radiografías digitales, extracciones, empastes, 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 o 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:		
Lista de las personas viviendo en el hogar (Utilice la parte de atrás de la hoja si necesita adicional espacio.)		Fecha de nacimiento	Sexo
Compañía de seguros: _____			
Nombre del suscriptor _____		Fecha de nacimiento del Suscriptor _____	
Copia de la tarjeta de seguro es requerida.			

Last Name First Name MI



Macon County
Public Health

Date of Birth

Acknowledgement Receipt of "Notice of Privacy Practices"

By signing below, I am acknowledging that:

I am either the patient or the patient's personal representative and I have received a copy of the "Notice of Privacy Practices" of Macon County Public Health. I understand that I may contact the person named in the "Notice" if I have questions about the content of the "Notice".

I understand that if services are rendered to me and I am not eligible for insurance, at the time of service that I will be responsible for any expenses incurred during that visit.

All telephone numbers provided may be subject to receiving telephone calls from an automated dialer using a pre-recorded, artificial voice message or live operator call. I give my express consent to receive such phone calls, including any calls made to the cellular telephone number that I have provided

I authorize the release of any medical/dental or other information necessary to process this claim for payment. I request payment of benefits to Macon County Public Health and assigned entities or suppliers of services.

OR

I have medical/dental insurance but choose not to have them billed for today's services.

Signature of patient or parent/legal guardian/legally responsible person

Date

Relationship to patient

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

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 puedes 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

Last Name First Name MI

Date of Birth



Macon County
Public Health

Consent for Dental Examination and Treatment

By signing this Consent:

1. I authorize Macon County Dental Services to provide all necessary dental care recommended. If the patient is a minor, as parent/guardian, I authorize consent without me being present for the procedures.
2. I understand the dental staff will perform an oral examination on myself/child and provide needed dental care based on the dentist's findings. Dental treatments may include but are not limited to; cleanings, fluoride, sealants, digital x-rays, fillings, extractions, limited replacement options such as partials or dentures, stainless steel crowns, space maintainer and pulpotomies.
3. In the event that my child needs a primary tooth (baby tooth) extracted, I give consent for this extraction
4. I understand the emergency dental treatment may be limited and is done to relieve pain, swelling, infection and injury.
 - a. If a referral to a specialist is required for continuity of dental care, a Release of Records Form must be completed.
 - b. I authorize Macon County Public Health to share copies of my Treatment Plans and Treatment Schedules with agencies such as Macon Program for Progress (Head Start Program), Nursing Home Facilities, Physicians and DSS upon receiving written request from said facility for the purpose of coordinating care or your participation in their programs.
5. Sometimes problems can occur. I understand that there are risks in dental treatment; which may include pain/soreness, swelling, infection, bleeding, injury to nearby teeth or gums, problems with joints in the mouth or jawbone, numbness, and allergic reactions.
6. I have been given the opportunity to have all my questions answered and agree to have myself or my child participate in the dental program.
7. Macon County Public Health accepts Medicaid, NC Health Choice, patient pay and some private dental insurance plans. Patients who have no dental insurance may qualify for sliding fee scale based on your family size and income. You are required to notify staff immediately when your insurance coverage changes. I understand that if services are rendered to me and I am not eligible for insurance, at the time of service that I will be responsible for any expenses incurred during that visit.
8. Failure to comply with the above stated responsibilities Macon County Public Health reserves the right to reschedule your visit, refer the patient to another practice or dismiss you from our clinic.

Signature of Patient, Parent, or Guardian

Date

Relationship to Patient

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 las articulaciones en la boca o mandíbula, entumecimiento, y reacciones alérgicas.
6. Se me ha dado la oportunidad d 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 planes 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