



Teacher: _____ School: _____

AppHealthCare
 Appalachian District Health Department
www.AppHealthCare.com

Caring for our Community



Estimado padre/guardian,

AppHealthCare está trabajando con el sistema escolar para proporcionar servicios de salud dental a estudiantes que actualmente no tienen un dentista. AppHealthCare es un departamento de salud y centro de salud federalmente calificado (FQHC, por sus datos tenemos una camioneta dental portátil que viaja a la ubicación de la escuela para ofrecer servicios in situ. La salud dental es una parte importante de la salud general. Alentamos a su hija/o a recibir atención dental, y agradeceríamos la oportunidad de cuidar a su hija/o.

Como departamento de salud local y FQHC, estamos obligados a recopilar información sobre los pacientes a los que servimos. Esta información nos ayuda a servir mejor a nuestros pacientes. Esta información se mantendrá confidencial y no se compartirá ni venderá. Si usted está interesado en que su hijo reciba servicios dentales, agradeceríamos su atención a los formularios incluidos en esta carta y completarlos en su totalidad para que podamos servir mejor a su hijo. Estos formas se mantendrán actualizados y en el archivo para el año escolar 19-20 para el año escolar del año fiscal 19-20.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros.

Gracias,

Equipo de Servicios de Salud Dental de AppHealthCare

Teléfono: (336) 246-9449 x2131

www.AppHealthCare.com

BUSINESS OFFICE	ALLEGHANY CO. HEALTH CENTER	ASHE CO. HEALTH CENTER	WATAUGA CO. HEALTH CENTER	DENTAL HEALTH CENTER
157 Health Services Road	157 Health Services Road	413 McConnell Street	126 Poplar Grove Connector	225 Court Street
PO Box 309	PO Box 309	PO Box 208	PO Box 307	PO Box 208
Sparta, NC 28675	Sparta, NC 28675	Jefferson, NC 28640	Boone, NC 28607	Jefferson, NC 28640
336-372-5641	336-372-5641	336-246-9449	828-264-4995	336-246-9449 ext. 2131
336-372-7793 Fax	336-372-7793 Fax	336-246-8163 Fax	828-264-4997 Fax	336-846-1910 Fax

Grade: _____

Teacher: _____

School: _____



Formulario de Consentimiento de Salud Dental



Dental Health Consent Form

AppHealthCare se complace en poder proporcionar atención preventiva en la escuela de su hijo(a). Gracias por su interés en nuestro Programa Dental Portátil. Nuestro programa proporciona los siguientes servicios para los estudiantes a través de profesionales dentales con licencia durante el horario escolar.

- Exámenes completos
- Radiografías (rayos X)
- Limpieza dental de rutina
- Selladores dentales
- Instrucción de Higiene Bucal
- Aplicación de Floruro

Tenga en cuenta que este programa dental está disponible para todos los niños que **NO** tienen un dentista regular. **POR FAVOR, COMPLETE LA INFORMACION A CONTINUACION CON RESPECTO A LA PARTICIPACION DE SU HIJO(A) EN EL PROGRAMA Y DEVUÉLVELA A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.**

Nombre de estudiante: _____ **Grado:** _____ **FDN:** _____

Maestro(a): _____ **Escuela:** _____

- No. NO doy permiso para que mi hijo(a) participe en el programa dental de la escuela.**
- Sí. He leído este formulario y doy permiso para que mi hijo(a) participe en el programa dental de la escuela. (Por favor complete el resto de este formulario antes de regresar a la enfermera de la escuela de su hijo(a))**

Firma: _____ **Fecha:** _____

Doy mi consentimiento voluntario al tratamiento dental de rutina por parte de AppHealthCare para el menor mencionado anteriormente de quien soy padre o tutor. Entiendo que se me solicitarán consentimientos específicos y separados antes de cualquier tratamiento no rutinario, peligroso o importante. Solicito el pago de beneficios autorizados de Medicare, Medicaid y otros terceros pagadores en mi nombre por cualquier servicio que me haya proporcionado esta agencia. Autorizo a AppHealthCare a divulgar la información necesaria para determinar los beneficios de este servicio. Entiendo que seré responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro, según corresponda. Entiendo que puedo pagar mis cargos usando cheque, efectivo, tarjeta de crédito o tarjeta de débito. Autorizo la divulgación de información en la medida necesaria para llevar a cabo los siguientes propósitos: fiscal y contable, o consulta y remisión. Certifico que la información financiera que he dado es correcta y doy mi permiso para que AppHealthCare se comunique con mi empleador o cualquier otra agencia para verificarla, si es necesario. Entiendo que debo notificar a AppHealthCare si mis ingresos u otra información cambian. También entiendo que hay planes de pago disponibles para cualquier saldo adeudado y que puedo elegir tener un plan de pago poniéndome en contacto con AppHealthCare si no puedo pagar el saldo total adeudado. AppHealthCare participa en el Programa de Compensación de Deuda NC según lo autorizado por la Ley de Cobro de Deuda Compensada (N.C.G.S. 150A 18C-134). Cualquier saldo de cuenta no pagado de \$50.00 o más que tenga más de 90 días de vencimiento puede ser retenido de su reembolso de impuestos sobre la renta o ganancias de lotería. Los pacientes que hayan verificado sus ingresos como parte del programa de descuento de la Escala de Tarifas Ajustadas y se determine que están al 100% o menos del Nivel Federal de Pobreza no estarán sujetos a estas colecciones. Al firmar arriba, por la presente reconozco que tengo acceso a una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" (a petición) de AppHealthCare y entiendo que puedo contactar al Oficial de Privacidad de HIPAA si tengo preguntas sobre el contenido del aviso.

Grade: _____ Teacher: _____ School: _____

Registro De Paciente(Patient Registration)

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____
Nombre preferido _____ Fecha de Nacimiento _____ Género M / F
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Método de contacto preferido (Círculo uno): Teléfono de casa / Teléfono de trabajo / Teléfono celular / Correo electrónico

Nombre del Padre _____
Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____ Teléfono celular _____
Correo electrónico _____

Raza (Círculo)
Blanco
Negro-Africano Americano
Asiático
Hawaiano Nativo
Isleño del Pacífico
Multirracial
Desconocido/Declinó/Otros
Amerindio/ Nativo de
Alaska

Etnicidad (Círculo)
Hispanico-Latino
No Hispano-Latino
Me niego a contestar

Idioma Preferido (Círculo o Nota)
Ingles
Español / Otro _____
País de Origen _____

Vivienda (Círculo)
Renta/Posee casa
Refugio de Emergencia
La calle (permanece en el vehículo, parque, edificio abandonado)
Vivienda comunitaria temporal/Casa intermedia
Vida independiente (transicional)
Vive con amigos o familiares
Otro: _____

Información de atención médica (Esta información se utiliza para enviar información de visita a su proveedor de atención primaria.)

Nombre de Doctor _____ Tel: _____

Nombre de su dentista _____ Tel: _____

Si no tiene uno, ¿le gustaría que AppHealthCare fuera el dentista/médico de su hijo(a)? Si _____ No _____

Historial médico del paciente: Por marque cualquier condición o inquietudes sobre la salud de su hijo (a) que usted tenga o haya tenido en el pasado:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/TDAH | <input type="checkbox"/> El síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Rechinar de dientes |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales | <input type="checkbox"/> Miedo al dentista | <input type="checkbox"/> Trastornos Nerviosos | <input type="checkbox"/> Articulación Temporo mandibular |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Lesion craneal | <input type="checkbox"/> Conjuntivitis | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Hemorrágica | <input type="checkbox"/> Pérdida del oído | <input type="checkbox"/> Embarazada (Ahora) | <input type="checkbox"/> Uso de tabaco / Fumar |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre / Célula falciforme | <input type="checkbox"/> Mal Cardíaco | <input type="checkbox"/> Problema Respiratorio | <input type="checkbox"/> <i>úlceras</i> |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | |
| | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Convulsión | |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | | |

Tiene alguna preocupación sobre la salud dental de su hijo(a)? _____

Tiene su hijo(a) alergia a alguno de los siguientes? (Marque todas las que correspondan)

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Productos latex | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Otras alergias (por favor, liste) _____ |
| <input type="checkbox"/> Anestesia | <input type="checkbox"/> Codeína | |

Tiene su hijo(a) alguna otra enfermedad grave que no esté listada anteriormente? En caso afirmativo, describa. _____

Por favor, enumere todos los medicamentos y dosis que su hijo(a) está tomando actualmente.

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Firma de Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____
Witness: _____ **Date:** _____

Grade: _____ Teacher: _____ School: _____

Seguro & Información de Ingresos (Dental Insurance)

Información de Seguro (Encierre TODOS los que aplican):

Revised 8/03/2020

Medicaid:	Medicare:	Otro Seguro Comme
NC Medicaid	Tradicional Rojo, Blanco &	Blue Cross
Solamente Planificación	Azul	United Healthcare
Familiar	Medicare Advantage (U	Otro: _____
Solamente BCCCP	Otro Plan de Reemplazo	No Asegurado/Auto-Pago
HEALTH CHOICE	de Medicare)	Reclamo de compensación de
		trabajadores

Compañía Aseguradora (Póliza Principal) _____ Número de Póliza _____
 Grupo _____ (# Póliza Grupo no es necesario si tiene su tarjeta)
 Parte Responsable Dueño de la Póliza _____ Grupo _____
 Fecha de Nacimiento del Dueño de la Póliza _____ (# Póliza Grupo no es necesario si tiene su tarjeta)
 Fecha en que el seguro médico será efectivo _____ Parte Responsable Dueño de la Póliza _____
 Compañía Aseguradora (Póliza Secundaria) _____ Fecha de Nacimiento del Dueño de la Póliza _____
 Número de Póliza _____ Fecha en que el seguro médico será efectivo _____

Si usted quisiera aplicar para un descuento, por favor complete la información de su familia abajo. Deberá presentar comprobante de los ingresos el día de su visita para evitar que se le cobre la visita a precio completo, y que el paciente reciba un cobro. **Los descuentos especiales de AppHealthCare no aplican a servicios recibidos en otro lugar, si se le refiere a otro proveedor o agencia para cuidados adicionales.**

Miembros de la familia en la misma vivienda	Parentesco	¿Empleado? Si o No	Empleador	Ingreso Annual	(For Office Use) Date Verified
Yo mismo (a)	Yo mismo (a)				

Nosotros entendemos que algunos pacientes con aseguranza prefieren no divulgar información sobre sus ingresos anuales. Al elegir **NO** divulgar esta información, usted entiende que no se le podrá ofrecer costo basado en ingresos anuales. Lo cual podría ofrecer ahorros significativos. Indique si aún prefiere no divulgar:

PREFIERO NO CONTESTAR

Por favor Note: AppHealthCare participa en el programa NC Debt Set-Off como medio de coleccionar cargos que no han sido pagados. Si usted acumula cobros sin pagar, eso puede ser deducido de su Devolución de Impuesto del Estado de Carolina del Norte.

Si el paciente es menor, acompañado por un padre, por complete la siguiente información del padre y madre

Nombre de Padre _____ FDN _____ Tel _____
 Correo Electrónico _____ # de SS _____ - _____ - _____
 Nombre de Madre _____ FDN _____ Tel _____
 Correo Electrónico _____ # de SS _____ - _____ - _____

Firma de Guardián/Tutor: _____	Fecha: _____
Witness Signature: _____	Date: _____