

# Bienvenido a Servicios Dentales del Condado de Macon



Macon County  
Public Health

La salud pública del condado de Macon acepta Medicaid, NC Health Choice, pago propio, y algunos planes privados de seguros dentales. La escala de cobro variable está disponible basada en ingreso y tamaño del hogar. La prueba de ingreso es requerida 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 seguro.

Los servicios que ofrecemos incluyen: limpiezas, exámenes integrales y periódicos, radiografías digitales, extracciones, rellenos, 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.Facebook.com/MaconPublicHealth](http://www.Facebook.com/MaconPublicHealth).

**Por favor use tinta negra o azul.**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino

Contacto: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_  Femenino

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Condado de residencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Raza (marque):  Blanca  Blanca/Origen hispano  Negra  
 Indio Americano/Nativo de Alaska  Asian/Pacific Islander  Otro: \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete?  Sí  No

Dentista anterior: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Última visita: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

Escuela publica del condado de Macon

Macon Program for Progress (MPP)

Educación Domiciliaria

Escuela Particular / Privada

Otro: \_\_\_\_\_

*\*Por favor complete la siguiente sección si su hijo asiste a una Escuela Pública del Condado de Macon.*

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Maestra: \_\_\_\_\_

Grado Escolar: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Lista de las personas viviendo en el hogar (Utilice la parte de atrás de la hoja si necesita espacio adicional.)	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación con el paciente

## INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

Sin seguro dental / pago por cuenta propia

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ ID del Miembro: \_\_\_\_\_

**Se requiere una copia de la tarjeta de seguro.**

Teléfono: 828-421-4532

Fax: 828-524-0315