



**AppHealthCare**  
**Dental Health Center**  
225 Court Street | PO Box 208  
Jefferson, NC  
Telefono: (336) 246-9449 ext. 2131  
Email: dental.services@apphealth.com



19 de agosto de 2025

Estimado padre/tutor:

¡Bienvenidos de nuevo a la escuela, familias!

AppHealthCare colabora estrechamente con el sistema escolar para brindar atención dental a los estudiantes que actualmente no cuentan con un dentista que los atienda regularmente. Gracias a nuestra clínica dental portátil, podemos brindar atención dental básica en la escuela para que los estudiantes no tengan que faltar a clases.

El equipo dental está compuesto por un dentista, un higienista dental, un asistente dental y un especialista en apoyo administrativo. Trabajamos en estrecha colaboración con el equipo directivo de AppHealthCare para brindar los servicios.

Podemos brindar servicios de atención dental a su hijo/a durante la jornada escolar. Esto evita que su hijo/a tenga que salir de la escuela para una cita médica y le permite continuar trabajando durante el día. No reemplazamos a su dentista habitual, si ya tiene uno, y no tiene que cambiar de dentista para utilizar nuestros servicios.

Si le interesa que su hijo/a reciba servicios de salud dental en la escuela a través de nuestro servicio dental portátil, complete este paquete de inscripción en su totalidad e incluya una copia de la tarjeta del seguro médico de su hijo/a, si corresponde. Con gusto podemos hacer una copia de la tarjeta del seguro de su hijo/a en el Centro de Salud Dental si lo prefiere. Esperamos colaborar con usted este año escolar para brindarle una atención óptima a su hijo/a. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al centro al (336) 246-9449, extensión 2131, o enviarnos un correo electrónico a [dental.services@apphealth.com](mailto:dental.services@apphealth.com).

Gracias por permitirnos brindarle servicios de salud importantes a su hijo/a.

Atentamente,

Equipo del Centro de Salud Dental AppHealthCare

---

Para obtener más información sobre AppHealthCare, llámenos al (336) 246-9449 ext. 2131 o visite nuestro sitio web en [www.AppHealthCare.com](http://www.AppHealthCare.com). Síguenos en Facebook y Twitter

**AppHealthCare: Cuidando nuestra comunidad**

Last Updated: 07/2025

# REGISTRACION DEL PACIENTE ESTUDIANTE

Servicio Dental Portátil - AppHealthCare

Forma de Registración del Paciente

Año Escolar 2024-25



Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino |  Femenino

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

Dirección de la Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Grado del Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela del Estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Método de Contacto Preferido (marque uno):**  Teléfono Casa |  Teléfono del Trabajo |  Celular |  Mensaje de Texto (le pueden aplicar cargos)

Nombre del Padre o Madre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social o ITIN: \_\_\_\_\_

Email del Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Maestro Guía: \_\_\_\_\_

**Raza (seleccione todos los que aplican):**

- Blanco
- Negro, Africano Americano
- Asiático
- Nativo de Hawaii
- Isleño del Pacífico
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Más de una raza
- No se o me niego a contestar
- Otra

**Etnicidad (seleccione todos los que aplican):**

- Hispano Latino
- No-Hispano Latino
- No deseo contestar

**Vivienda (seleccione todos los que aplican):**

- Tengo vivienda
- Sin Hogar
- Me niego a contestar

Lenguaje Preferido (seleccione):  Inglés |  Español |  Otro Lenguaje : \_\_\_\_\_

País de Origen: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia (si es diferente a la del padre/madre)	Número de Teléfono de Emergencia (NO el número de teléfono del paciente)	Parentesco con el Paciente

**Fecha del Ultimo Examen Físico:** \_\_\_\_\_ Si no sabe la fecha marque aqui:

**Información de Salud del Paciente** - Esta información es usada para enviar la información al médico de cuidados primarios.

Nombre del Proveedor de Cuidados Primarios: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

*Si no tiene un dentista, le gustaría que le refirieramos al Centro de Salud Dental de AppHealthCare?*

Si, prefiero que mi hijo(a) sea atendido en la escuela.       Si, por favor llamenme para hacerle una cita.

Hospital Preferido: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Por favor liste todos los medicamentos y dosis que su hijo(a) esta tomando actualmente:**

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

**Información del Seguro Dental (marque todos los que aplican)**

**Medicaid**

- Healthy Blue (BCBS)
- Wellcare
- AmeriHealth Caritas
- Carolina Complete
- Health Choice
- NC Medicaid Direct
- UHC

**Otro Seguro Comercial**

- Blue Cross
- United Healthcare
- Delta Dental
- Metlife
- Principal

**No está asegurado/por cuenta propia**

**Other (please specify):** \_\_\_\_\_

**Información del Seguro Médico \* Si es posible por favor incluya una copia de la tarjeta de la aseguranza**

Nombre del Seguro Médico (Póliza Principal): \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Número del Grupo: \_\_\_\_\_  
(El # de Póliza y Grupo no es necesario si nos provee una copia de la tarjeta.)

Nombre del dueño de la Póliza: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del dueño de la Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha en que la Aseguranza se hizo efectiva: \_\_\_\_\_

**Descuento por Escala de Tarifas Variables**

Complete la información de su hogar a continuación para determinar si reúne los requisitos para el programa de descuento por escala de tarifas variables. Debe presentar un comprobante de ingresos dentro de los 10 días después de la fecha del servicio para evitar que se le cobre el precio completo y que el paciente reciba una factura. El programa de descuento por escala de tarifas variables de AppHealthCare no aplica a servicios externos si se le refiere a otro proveedor o agencia para recibir atención adicional.

Entendemos que algunos pacientes asegurados podrían no querer revelar sus ingresos. Al no revelar sus ingresos, usted entiende que no podremos ofrecerle el descuento por escala de tarifas variables para los servicios para los que podría ser elegible, lo cual podría ofrecerle ahorros significativos.

Si prefiere no revelar sus ingresos, marque esta casilla: 

Miembros de su hogar	Parentesco	¿Empleado? Si/No	Empleador/Patrón	Ingreso Anual	(For office use only) Date Verified

*Tenga en cuenta: AppHealthCare participa en el programa de Compensación de Deudas de Carolina del Norte para cobrar los cargos sin pagar. Si acumula deudas sin pagar, estas podrían deducirse de su reembolso de impuestos del estado de Carolina del Norte.*

**Información del Padre/Guardian**

Nombre de la Madre/Guardian: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Testigo (empleado de la clínica)\_\_\_\_\_  
Fecha

## CONSENTIMIENTO PARA EL SERVICIO

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Maestro del Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que los proveedores del Programa Dental Portátil designados por AppHealthCare proporcionen o gestionen servicios para satisfacer mis necesidades o las de mi hijo/a. Estos servicios pueden incluir cualquiera o todos los siguientes:

- Exámenes completos
- Exámenes limitados
- Exámenes de tele-odontología
- Limpiezas dentales
- Selladores dentales
- Aplicación de fluoruro
- Exámenes dentales
- Instrucción sobre higiene bucal
- Asesoramiento nutricional
- Radiografías
- Fotografías intraorales
- Fluoruro de diamina de Plata

El Programa Dental Portátil de AppHealthCare está disponible para todos los niños que no tienen un dentista regular.

### Servicios Confidenciales

Entiendo que el Estatuto General de Carolina del Norte 90-21.5 protege el derecho de un menor a recibir servicios relacionados con enfermedades de transmisión sexual, embarazo, abuso de drogas y trastornos emocionales sin el consentimiento de los padres. Entiendo que a los proveedores médicos no les permite notificar a los padres/tutores sobre los servicios prestados en estas áreas a menos que la situación, en la opinión del proveedor médico, indique que la notificación es esencial para la vida o la salud del menor. Además, entiendo que el personal del Centro de Salud hará todos los esfuerzos posible para animar a mi hijo a discutir los problemas y servicios conmigo.

Para los servicios no designados como confidenciales, entiendo que se me informará y se me pedirá que autorice los tratamientos para mi hijo(a), que no sean tratamientos médicos o de venta libre. En caso de que mi hijo(a) menor de edad requiera atención médica urgente y no se me pueda localizar, solicito que se le permita a mi hijo(a) autorizar su propio cuidado con el entendimiento de que me contactarán lo antes posible.

**ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS ASPECTOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA SI SE RECOMIENDA EL SEGUIMIENTO O LA REMISIÓN A OTRO PROVEEDOR.**

### Confidencialidad de Registros Médicos

Doy permiso para que la información en el registro médico se comparta con mi proveedor de atención primaria para coordinar la atención. Con el fin de proteger la confidencialidad de los servicios prestados a través del Centro de Salud, solicito que el registro de mi hijo(a) se mantenga confidencial y no se libere excepto como este autorizado, a mí ni a ninguna otra persona sin mi consentimiento o el de mi hijo(a) Entiendo que el registro de mi hijo(a) es propiedad de AppHealthCare y que la información contenida se mantendrá confidencial de acuerdo con las leyes estatales y la práctica médica aceptada.

### **Liberación de Información para el Pago**

Doy permiso para que la información en los registros médicos se use para cobrar a pagadores terceros, como Medicaid u otro seguro, y para fines de evaluación y administración del programa de manera estrictamente confidencial de acuerdo con la ley y la práctica médica aceptable. Este consentimiento para divulgar información autoriza a AppHealthCare a divulgar a cualquier pagador tercero indicado como responsable del pago de este período de tratamiento y divulgación de información de mi expediente médico, o cualquier otra información, para verificar la elegibilidad y confirmar los beneficios, y asegurar el pago de los cargos, tanto durante como después de mi visita.

### **Asignación de Beneficios del Seguro**

Por la presente, autorizo el pago directamente a AppHealthCare de los beneficios del seguro que de otro modo se me pagarían a mí, incluidos los beneficios médicos y quirúrgicos, sin exceder el cargo razonable y habitual por estos servicios prestados por dicho centro. Autorizo el reembolso de los beneficios del seguro pagados en exceso de acuerdo con las condiciones de mi póliza de seguro en la que la cobertura está sujeta a una cláusula de coordinación de beneficios.

### **Certificación de Paciente de Medicaid**

Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago según las pautas de Medicaid y el Título XIX de la Ley del Seguro Social es correcta y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

### **Validez**

Esta autorización es válida por el tiempo necesario para procesar los reclamos por los cargos incurridos. Este consentimiento para el tratamiento y la atención permanecerá vigente hasta que el estudiante termine la escuela o cumpla los 22 años, a menos que antes se revoque y se entregue por escrito al Centro de Salud.

Entiendo que al firmar este documento autorizo a mi hijo(a) a recibir los servicios ofrecidos por el Centro de Salud, incluyendo diagnóstico, tratamiento, consejería y servicios sobre dieta.

\*Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

\*Entiendo que puedo rechazar cualquier servicio ya sea por solicitud verbal o escrita al personal del Centro de Salud.

\*Entiendo que este consentimiento es voluntario y válido durante todo el tiempo que mi hijo(a) esté inscrito en las Escuelas del Condado de Alleghany, siempre y cuando yo proporcione información actualizada sobre el seguro médico y la inscripción cada año escolar o según sea necesario.

Al firmar esta declaración, confirmo que he recibido, leído y entendido los siguientes documentos:

1. Formularios de Registro y Consentimiento para Servicios
2. Política de Cobro, Aseguración y Consentimiento de Servicios de Colección
3. Derechos y Responsabilidades de los Padres y Estudiantes
4. Aviso de Prácticas de Privacidad

---

Firma del Padre/Representante Legal

Fecha

## Formulario del Historial de Salud del Estudiante

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Marque cualquiera de las siguientes condiciones o problemas de salud que su hijo tenga o haya tenido en el pasado.**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                                    | <input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza        | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios               |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                      | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición (oído) | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja                 |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales                 | <input type="checkbox"/> Condiciones del Corazón    | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                      |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Sople                      | <input type="checkbox"/> Alergias Temporales                   |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Hemorrágicos                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis                  | <input type="checkbox"/> Convulsiones                          |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre / Anemia Falciforme | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta      | <input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente |
| <input type="checkbox"/> Cancer                                      | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                   | <input type="checkbox"/> Rechinado de los dientes              |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones  | <input type="checkbox"/> TMJ (mandíbula)                       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado      | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides              |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down                            | <input type="checkbox"/> Paperas                    | <input type="checkbox"/> Uso de tabaco, fumado o vapear        |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                                   | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos       | <input type="checkbox"/> Ulceras                               |
| <input type="checkbox"/> Miedo al dentista                           | <input type="checkbox"/> Cconjunctivitis            |  |
|  | <input type="checkbox"/> Embarazo (actualidad)      |  |

**¿ Tiene alergia a alguno de los siguientes productos su hijo/a? Marque todas las opciones que correspondan.**

- Productos de Látex
- Anestesia
- Penicilina
- Codeina
- Otras alergias: \_\_\_\_\_

**¿ Padece alguna enfermedad grave su hijo/a? Algo que no esté mencionado anteriormente. En caso afirmativo, descríbala.**

Si                       No                      Describalo: \_\_\_\_\_