

I. PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN PACIENTE

Last Name / Nombre First Name / Apellido Phone Number / Numero de Telefonico Birth Date / Fecha De Nacimiento
Address / Dirección City / Ciudad State / Estado Zip / Código Postal County / Condado Sex Male / Hombre Female / Mujer Age / Edad

HEALTH HISTORY / HISTORIA DE LA SALUD DRUG ALLERGIES / ALERGIAS
Yes/Si No Heart Disease / Enfermedad Cardiaca Hepatitis Wear Glasses/Contacts / Cristales Del Desgaste
Yes/Si No Mitral Valve Prolapse HIV/AIDS / HIV/SIDA
Yes/Si No Heart Murmur / Soplos Cardiacos Diabetes Tobacco use / Hábito de fumar
Yes/Si No Joint Replacement / Reemplazo Común Tuberculosis High/Low Blood Pressure / Alto/Bajo Presión Arterial
Yes/Si No Rheumatic Fever / Fiebre Reumática Asthma / Asma Other / Otros
Yes/Si No Excessive Bleeding / Sangría Excesiva Scarlet Fever/Escarlatina
Yes/Si No Hearing/Vision loss / Oído/vista pérdida Seizures / Convulsiones Currently pregnant / Actualmente embarazado
Penicillin Tetracycline/ Doxycycline Sulfa Latex Allergy / Al Látex Other / Otros

RACE (check all that apply) White Black Hispanic Asian (including Indian) Native American

Presently under a Physician's care / Bajo el cuidado de un médico? Last Medical Visit (When, Why) / Ultima Visita Medica (Cuando, Por Que):

Medications currently taking / Medicina tomas ahora Patient or Translator Certification / Certificación del preparador y/o del traductor: I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge the information is true and correct. SIGNATURE: PRINT NAME:

What is your biggest dental concern? / ¿Cuál es su preocupación dental más grande? Have you had previous problems in the dental office? * Are You In Pain? / ¿Tiene algún dolor? Previously visited an NCMOM Clinic? / ¿Antes visitó una clínica NCMOM?

II. RADIOGRAPHS AND HEALTH SCREENING Clinic Use Only

RADIOGRAPHS 0330 Panoramic film 0220 Periapical 1st film tooth # 0230 PA, Add'l teeth # 0270 Bitewings 1st film tooth # 0289 BW, Add'l teeth #
Blood Pressure Pulse Oral Temp
Healthcare Notes:

III. TRIAGE EVALUATION AND DIAGNOSIS Clinic Use Only

Notes: EXTRACTION Teeth # RESTORATION Filling(s) teeth # HYGIENE Prophy OHI (Oral Health Instruction) Full mouth debridement Perio scaling per quad UR UL LR LL

Pre-Meds Given: SIGNATURE of triage doctor:

IV. TREATMENT Clinic Use Only

PROCEDURES PERFORMED - TO BE COMPLETED BY THE OPERATOR TO BE COMPLETED IN HYGIENE
0150 Oral Exam Anesthetic: Area/Amount
2140 Amalgam-1 surface th surf th surf th surf th surf
2150 Amalgam- 2 surface th surf th surf th surf th surf
2160 Amalgam- 3 surface th surf th surf th surf th surf
2161 Amalgam -4 surface th surf th surf th surf th surf
2330 Composite-1 surface th surf th surf th surf th surf
2331 Composite-2 surface th surf th surf th surf th surf
2332 Composite -3 surface th surf th surf th surf th surf
2335 Composite-4 surface th surf th surf th surf th surf
7140-ext simple teeth #
7210-ext surg erupted teeth #
7250-ext roots teeth #
1110 Adult prophy
1120 Child prophy
1351 Sealants per tooth
1204 Adult fluoride
1203 Child fluoride
4355 Full mouth debridement
4346 Perio scale per quad UR UL LR LL

Notes/Rx:

Signature: ID#

IMPORTANT NOTICE

North Carolina Missions of Mercy volunteers may not be able to provide you with all the services you need, but if you would like to consult with our volunteer team and receive the type of treatment being offered today, PLEASE READ THE PATIENT WAIVER BELOW VERY CAREFULLY.

Dental Patients Note: While the volunteer hygienists, dentists, supervised dental students, and oral surgeons offer high quality procedures with good equipment, I understand that because of the number of people needing to be seen, I might not receive multiple extractions or multiple fillings. I understand that I might have certain medical conditions which would keep me from having the type of treatment I am requesting. I also understand that the dental care providers are volunteers, some from out of town, and are not available for follow-up care in the event of complications.

In consideration of the free dental care services received on the date below, I for myself and anyone entitled to claim through me, do hereby waive and release the North Carolina Dental Society and any other organization or company or persons acting on their behalf or sponsoring or volunteering at this clinic, from all claims of liability arising out of my acceptance of such free care including but not limited to medical, surgical, dental, and/or vision care or other health care or medical advice.

I grant to the North Carolina Dental Society and its agents the right to use my picture, voice and other reproductions of my physical likeness in connection with advertising or publicizing Missions of Mercy services and its activities in all forms of media in perpetuity.

I have read, or had read to me, and understand and agree to all of the above.

SIGNATURE (parent or guardian if patient is under 18 years or age)

DATE

FINANCIAL ELIGIBILITY FOR DENTAL SERVICES

Missions of Mercy clinics provide dental services, free of charge, to eligible individuals with an annual household income under 200% of the Federal Poverty Level. Please provide the following information:

Annual household income: \$ _____

Total number of people in household: _____

I affirm that the above information is true to the best of my knowledge.

SIGNATURE (parent or guardian if patient is under 18 years of age)

DATE

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE

Es posible que los voluntarios de Misiones de Carolina del Norte de la misericordia no podran ayudarle con todos los servicios dentales que usted necesite. Pero, si gusta consultar con ellos, pueden recibir los servicios actualmente disponibles. Por favor lea el siguiente Consentimiento de Pacientes con mucho cuidado.

Consentimiento de Pacientes: Comprendo que es posible, por el gran numero de personas que necesitan asistencia dental, que los profesionales de higiene dental, estudiantes dentales supervisados, los dentistas y cirujanos (cuales ofrecen servicios de alta calidad, utilizando equipos buenos), no pueda hacerme empastes o extracciones multiples. Comprendo que condiciones medicas pueden impedir la clase de tratamiento que yo necesito. Tambien comprendo que las personal que haran los tratamientos dentales son voluntarios, algunos de fuera del area y no estan disponibles para ofrecer cuidado continuos en casos de emergencias. Por aceptar servicios dentales gratis en el dia indicado por la fecha en este papel, en mi nombre o en nombre de cualquier persona bajo mi autoridad, renuncio y libero a la Asociacion Dental de Carolina del Norte y culaquier otras compania o personas envueltas en proveer servicios dentales en esta clinica, de cualquier accion legal, incluyendo pero no limitado a cuidado medico o quirurjico dental, de vision o cualquier otro cuidado o consejo medico. Yo permito a la Asociacion Dental de Carolina del Norte y a sus agentes el derecho de usar retratos mios o mi voz, u otra reproducciones de mi fisonomia en conexion con la publicacion commercial para anunciar los Misiones y sus actividades en todos los medios de comunicacion en perpetuidad.

He leído, o me han leído, el **Consentimiento de Paciente**, lo entiendo y estoy de acuerdo con todo lo previamente explicado en este documento.

FIRMA (padre o guardián legal en case que paciente sea menor de 18 anos.)

FECHA

ELEGIBILIDAD FINANCIERA PARA LOS SERVICIOS DENTALES

Las Misiones de las clínicas de la misericordia proporcionan servicios dentales, gratuitamente, a los individuos elegibles de una ingresos anuales de casa debajo de 200% del nivel de pobreza federal. Proporcione por favor la informacion siguiente:

Ingresos domésticos anuales: \$ _____

Numero total de la gente en casa: _____

Afirmo que la informacion antedicha es verdad al mayor de mi conocimiento.

FIRMA (padre o guardián legal en case que paciente sea menor de 18 anos.)

FECHA

