



# ORAL

## Oregon Rural Alliance of Dental Leadership

1966 Garden Ave Eugene Or 97403  
Phone: 1-866-935-9663 Fax: (541) 342 1150 Clinic:1-866-492-2701

# Formulario de inscripción al programa **ORAL**

### Datos del Cliente/Client Information

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ CARE Ware Number: \_\_\_\_\_  
(Name)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Birthdate) (Phone Number)

Overall Acuity: \_\_\_\_\_ Dental Acuity: \_\_\_\_\_ Percentage of Federal Poverty Level: \_\_\_\_\_ %

Administrador del caso: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Case Manager)

Condado/County: \_\_\_\_\_ Agencia/Agency: \_\_\_\_\_

- Client needs assistance filling out paperwork
- Client is Spanish speaking and will need an interpreter.

### Información sobre servicios médicos/Health Care Information

Physician Client  
sees for HIV Care: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Pharmacy)

Seguro médico: \_\_\_\_\_ OHP Plus \_\_\_\_\_ OHP Standard \_\_\_\_\_  
(Insurance)

Favor de marcar los servicios para los que el paciente ha sido canalizado.

Please mark the services for which the patient is being referred.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Examen y evaluación                     | <input type="checkbox"/> Exam and assessment    |
| <input type="checkbox"/> Dolor y/o infección                     | <input type="checkbox"/> Pain and/or infection  |
| <input type="checkbox"/> Restauración                            | <input type="checkbox"/> Restorative work       |
| <input type="checkbox"/> Reparación o ajuste de placas o puentes | <input type="checkbox"/> Denture or Bridge work |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                              | <input type="checkbox"/> Other _____            |

Historial médico: Favor de indicar las condiciones que se apliquen a continuación:

Medical History: Please indication any applicable conditions below.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                    | <input type="checkbox"/> Diabetes                         |
| <input type="checkbox"/> Implante de válvula cardiaca o articulación | <input type="checkbox"/> Heart valve or joint replacement |
| <input type="checkbox"/> Toma un diluyente sanguíneo                 | <input type="checkbox"/> Uses a blood thinning agent      |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión                                | <input type="checkbox"/> Hypertension                     |
| <input type="checkbox"/> Otra:                                       | <input type="checkbox"/> Other Concerns:                  |

Additional Notes: \_\_\_\_\_