

## Historial Médico y Hoja de Consentimiento

Nombre \_\_\_\_\_ IM \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Contacto en Caso de Emergencia \_\_\_\_\_

Su hijo(a) tiene o ha tenido:

Asma	S N	Cardiopatía Congénita	S N
Soplos cardiacos	S N	Cardiopatía Reumática	S N
Diabetes	S N	Problemas de Sangrado	S N
Convulsiones	S N		

Toma medicamentos su hijo(a)? S N

Que medicamentos? \_\_\_\_\_

Su hijo(a) tiene alergias? S N

Si es así, ¿que alergias? \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo(a) alguna operación o enfermedad seria? S N

Si es así, ¿que enfermedad o operación? \_\_\_\_\_

Hay alguna otra cosa que debemos saber acerca de la salud de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Haga una lista \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en el programa de prevención y restauración dental conducido por dentistas miembros de la Sociedad Dental del Condado de Dallas durante el programa "Give Kids A Smile". Las preguntas del historial medico han sido contestadas correcta y exactamente a la mejor capacidad de mis conocimientos. Yo doy permiso para que mi hijo(a) reciba anestesia local (el entumecer de los dientes).

Nombre del Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_