

FONES SCHOOL OF DENTAL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO de HISTORIAL MEDICA

Autorizo a la higienista dental, para limpiar, aplicar tratamiento de fluoruro, sellantes dentales y tomar radiografias si es necesario a los dientes de:

Nombre del Niño/a: _____ Género: M F Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Mes Día Año

Dirección: _____ Teléfono/celular Número: _____

Etnicidad/Raza: Afro Americano(a) Asiático Blanco Hispano Americano Nativo
 Hawaiano(a) Natal/Pacifico Islenño(a) Otro _____

En Caso de emergencia por favor de llamar? _____
Nombre Relación Numero de Telefono

Maestro: _____ Grado: _____ Salón: _____

Nombre del Seguro Dental: _____

Número del Niño/A En La Tarjeta Dental (Husky): _____

Fecha de la ultima limpieza dental: _____ Mes/Año Nombre del Dentista O Clínica: _____

¿Está tomando o ha tomado (en los pasados 6 meses) algún medicamento o antibiótico recetado por su medico? No incluye la anestesia Si No Si contesta si, qué clase de medicina: _____

¿Su hijo (a) necesita pre-medicarse antes de limpieza dental (antibioticos, penicilina, etc.)? Si No
 Si contesta si, ¿qué medicamento?

Médico(a) Primario: _____
Nombre Dirección Número de Teléfono

Por favor de verificar la columna apropiado (Si o No) si u niño HA tenido lo siguiente:

ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sida/VIH positivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anafilazia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ronchas o sarpullido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Autismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Articulacion artificial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de sangrado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del rinon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presion arterial baja	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolapse de la valvula mitral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Developmental Disability	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Atencion psiquiatrica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Adiccion de droga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumatica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Epilepsia o convulsions	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Soplo de corazon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Espina bifida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hemofilia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Es alergico a unos de estos : Latex Penicilina Anestesia Gluten Leche Other _____

FIRMA DEL PADRE o GUARDIAN: _____ **FECHA:** ___/___/___
Mes Día Año