

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____ Teléfono _____
 Nombre de Madre/tutor _____ Teléfono _____
 Nombre del Padre/tutor _____ Teléfono _____
 Persona Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____
 Edad _____ Sexo _____ Raza _____ Escuela _____
 Médico Primario _____ Farmacia _____

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Alergia a Medicamento(s)		
Alergia al Latex		
Alergias (Temporadas)		
Alergia a Alimentos		
Alergias (otro)		
Asma		
Enfermedad de la Sangre		
Problemas Respiratorios		
Cáncer		
Diabetes		
Epilepsia		
Enfermedad del Corazón		
Soplo Cardíaco		
Operación del Corazón		
Hepatitis A		
Hepatitis B o C		
Herpes		
Alta Presión Sanguínea		

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
VIH o SIDA		
Inhalador para Respirar		
Enfermedad del Riñón		
Enfermedad del Hígado		
Sangrado Prolongado		
Problemas Psiquiátricos		
Fiebre Reumática		
Convulsiones		
Enfermedad Severa		
Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.)		
Enfermedad de Célula Falciforme		
Rasgo de Célula Falciforme		
Operaciones		
Enfermedad de la Tiroides		
Tuberculosis		
Tumores		
Ulceras		

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud dental de su hijo(a)? Si es así, por favor mencione		
¿Tiene su hijo(a) dolor de boca o dientes? Si es así, por favor mencione		
¿Alguna vez ha estado el niño(a) en el hospital o ha visitado la sala de emergencias? Si es así, ¿cuándo y para qué?		
¿Está siendo el niño(a) tratado por un médico o tiene algún examen médico? Si es así, ¿para qué?		
¿Toma el niño algún medicamento recetado? Si es así, por favor mencione		
¿Toma el niño(a) medicamentos de venta sin receta, suplementos o vitaminas? Si es así, por favor mencione		
¿Utiliza el niño(a) productos con tabaco, vapeador o Juul(cigarillo eléctrico)? Si es así, por favor explique		
¿Está la niña embarazada? Si es así, cual es la fecha estimada de parto:		

Doy mi consentimiento para el tratamiento dental general de mi hijo(a) menor de edad y/o para mí, que a juicio del dentista sea necesario para la salud bucal. Este tratamiento puede incluir, entre otros, lo siguiente: restauración de dientes, extracción de dientes, radiografías, administración de fármacos/anestésicos locales, endodoncias, tratamiento periodontal, prótesis, cirugía oral, limpieza, exámenes, tratamientos con flúor, selladores, y otros tratamientos especializados que se consideren necesarios. Apruebo la divulgación de mis registros a mi seguro/Medicaid u otros profesionales de la salud según lo considere necesario el dentista. Le autorizo a verificar historial laboral, financiero o médico, y otros asuntos relacionados que sean necesarios para determinar elegibilidad. Autorizo al dentista a presentar reclamaciones y recibir un reembolso directamente de mi seguro/Medicaid. Entiendo que esta solicitud para un tratamiento dental es válida por tantos años como mi hijo(a) sea elegible, según la política del programa, para este servicio. He recibido el AVISO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD para la Junta de Salud del Condado de Chatham. Autorizo el uso de cualquier radiografía, fotografía y registro con fines de enseñanza, investigación, referencia a otros proveedores de atención médica y publicaciones científicas. Además, verifico que el historial médico anterior es verdadero y preciso según mi mejor conocimiento. He leído y comprendido esta información. También entiendo que tengo derecho a hacer preguntas sobre el cuidado de mi hijo(a), y que tengo derecho a rechazar cualquier examen, tratamiento o procedimiento.

Fecha: _____ Firma: _____ Padre(Madre)/Tutor Legal