



ADA American Dental Association\*

# FORMULARIO DE REGISTRO Y CONSETIMIENTO DE LOS PADRES

## Historia de la Salud y Formulario de Consentimiento

### Información del Niño (sólo una forma por niño)

Nombre Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_  M  F

Dirección: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Historia se la Salud del Niño

<p><b>Marque la respuesta apropiada:</b></p> <p>■ Ha visitado a un médico para su hijo/a en los últimos 6 meses? <b>SI NO</b> Si no, ¿por qué? _____</p> <p>■ Fue su hijo/a un paciente en el hospital? <b>SI NO</b> ¿Si es así por qué? _____</p> <p>■ Tiene su hijo algún tipo de alergia? <b>SI NO</b> En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____</p> <p>■ Toma su hijo/a medicamentos? <b>SI NO</b> En caso afirmativo, ¿qué? _____</p> <p>■ Hay algo más que debería saber acerca de su hijo? _____ _____</p> <p>■ Su hijo ha visto por un dentista recientemente? <b>SI NO</b> Por favor explique: _____</p> <p>■ Ha tenido, su hijo/a una placa de rayos x en los últimos 6 meses? <b>SI NO</b></p> <p>■ Tiene su hijo/a un plan de salud or seguro dental? <input type="checkbox"/> <b>NJ Family Care</b> <input type="checkbox"/> <b>Seguro Privado</b> <input type="checkbox"/> <b>Ninguno</b></p> <p>■ ¿Ha traído a su hijo/a a un evento de Give Kids a Smile anteriormente? <b>SI NO</b></p>	<p><b>Tiene su hijo/a alguna de estas enfermedades? Círculo todo lo que corresponda:</b></p> <p>Asthma <b>YES NO</b></p> <p>Soplo del corazón <b>YES NO</b></p> <p>Diabetes <b>YES NO</b></p> <p>Convulsiones <b>YES NO</b></p> <p>Enfermedad del corazón <b>YES NO</b></p> <p>Disfuncion sanguinea <b>YES NO</b></p> <p>Por favor explique: _____ _____</p> <p>Yo entiendo que mi hijo/a será fotografiado durante el evento y las fotos podran ser usadas en GKAS NJ, la Fundación de ADA o la Asociación Americana Dental en futuros materiales educativos. Todas las fotos y reproducciones son propiedad de GKAS NJ y no se compensará por el uso de las reproducciones. <b>SI NO</b></p>
---	--

### FIRMA DEL PADRE/TUTOR

Certifico que he leído y entendido las preguntas anteriores. La información que he proporcionado es correcta de acuerdo a mi conocimiento. No haré responsable a la Asociación Dental de Nueva Jersey, Escuela de Salud Dental de Nueva Jersey o otras agencias que participan del evento de hoy por errores u omisiones que se han hecho al completar este formulario. También autorizo a los médicos, personal dental y estudiantes de odontología para realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda necesitar incluyendo, pero no limitado a, limpiezas, fluoruro, selladores, radiografías, anestesia, pulpotomías, extracciones y empastes.

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_