



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>Marque la respuesta apropiada:</p> <p>■ Ha visitado a un médico para su hijo/a en los últimos 6 meses? SI NO Si no, ¿por qué? _____</p> <p>■ Fue su hijo/a un paciente en el hospital? SI NO ¿Si es así por qué? _____</p> <p>■ Tiene su hijo algún tipo de alergia? SI NO En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____</p> <p>■ Toma su hijo/a medicamentos? SI NO 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? SI NO Por favor explique:: _____</p> <p>■ Ha tenido, su hijo/a una placa de rayos x en los últimos 6 meses? SI NO</p> <p>■ Tiene su hijo/a un plan de salud or seguro dental? <input type="checkbox"/> NJ Family Care <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>■ ¿Ha traído a su hijo/a a un evento de Give Kids a Smile anteriormente? SI NO</p>	<p>Tiene su hijo/a alguna de estas enfermedades? Círculo todo lo que corresponda:</p> <p>Asthma YES NO</p> <p>Soplo del corazón YES NO</p> <p>Diabetes YES NO</p> <p>Convulsiones YES NO</p> <p>Enfermedad del corazón YES NO</p> <p>Disfuncion sanguinea YES NO</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. SI NO</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: _____