



Hoja de Consentimiento, Registracion, y Historia Medica

Informacion del Niños (solamente una hoja por niño)

Primer Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/yy) _____ M F Seguro Dental _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Numero de Telefono _____ Numero de Celular _____

Contacto de Emergencia _____ Numero de Telefono _____

Historia Medico del Niño

Marque lo apropiado:		Marque lo apropiado:	
Su niño esta recibiendo tratamiento de un medico?	SI NO	Asthma	SI NO
Si, porque? _____		Soplo de Corazon	SI NO
Ha sido su niño un paciente en un hospital?	SI NO	Diabetis	SI NO
Si, porque? _____		Convulsiones	SI NO
Su niño padece de alergias?	SI NO	VIH/SIDA	SI NO
Si, de que? _____		Enfermedad del Corazon	SI NO
Esta tomando medicamentos su niño?	SI NO	Problemas de Sangramiento	SI NO
Si, que medicamento? _____		Por favor explique: _____	
Hay alguna otra informacion que debemos de saber de su niño?		Has venido anteriormente para alguna actividad dental?	
_____		_____	
_____		SI NO	
_____		Yo autorizo que mi hijo(a) puede tomar fotos para publicaciones, propositos promocionales, para el Internet, o comunicado de prensa de Sonrisas para Niños.	SI NO
Ha visitado el niño a un dentista anteriormente?	SI NO		
Por favor explique: _____			

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN

Yo certifico que yo he leído y entendido las preguntas de esta forma. La información que yo he dado es correcta de acuerdo a mi entendimiento. No pondre en responsabilidad a la Asociación Dental de Nueva Jersey, a La Escuela Dental de Nueva Jersey, o cualquier facultad por cualquier error o omisiones que yo haya hecho cuando llene la información de esta forma. Yo autorizo a los dentistas y estudiantes dentales que hagan todo servicio dental que mi niño necesite, incluyendo, pero no limitado a, limpiezas, floruro, sellos dentales, radiografías, anestésias, pulpotomías, extracciones, y empastes.

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____