



ADA American Dental Association®

Historia Medico y Forma de Consentido

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Dirección _____

Teléfono _____ En caso de emergencia _____

Tiene o ha tenido su hijo/a:

Asma	Y N	Enfermedad del corazón congénita	Y N
Rumor Cardíaco	Y N	Enfermedad del corazón reumática	Y N
Diabetes	Y N	Problemas de sangrar	Y N
Convulsiones (ataques)	Y N		

Toma medicina su hijo/a? Y N

Qué medicina toma? _____

Tiene alergias su hijo/a? Y N

Qué tipo de alergias tiene? _____

Ha tenido enfermedades graves o operaciones su hijo/a? Y N

Qué tipos de enfermedades o operaciones? _____

Hay algo más que debemos saber sobre el salud de su hijo/a? _____

Qué es? _____

Le doy mi permiso que mi hijo/a participa en el programa de prevención y restoración dental de los dentistas de la Sociedad Dental de Dallas durante el programa de *Give Kids a Smile* (Dales una risa a los niños). A lo mejor de mi conocimiento, contesté las preguntas de historial medico correctamente. Le permito a mi hijo/a recibir anestesia local (para no tener sensación en los dientes).

Nombre del padre o tutor _____

Firma _____ Fecha _____