

**FUNDACIÓN DENTAL ARIZONA – ¡Dé a cabritos una sonrisa! Día**  
Historia de salud y forma de permiso

Primer nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

(Por favor escriba con letra de molde)

Dirección \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Origen étnico  Afro americano  Caucásico (blanco)  Hispano  Indio Americano  Otro \_\_\_\_\_

**Su hijo padece ó ha padecido de (por favor encierre en un círculo):**

Asma/Problemas de respiración Si No Problemas del riñon ó hígado Si No

Diabetes Si No Problemas de sangrado Si No

Convulsiones/Ataques Si No Alergia al níquel ó látex Si No

HIV/SIDA o Hepatitis B Si No Sensibilidad a madera ó resina Si No

Enfermedad congénita del corazón / Soplo en el corazón / Enfermedad reumática del corazón Si No

¿Está su hijo tomando algún medicamento? Si No ¿Que medicamentos? \_\_\_\_\_

¿Padece su hijo de alguna clase de alergia? Si No

Si su respuesta es afirmativa, ¿qué clase de alergia? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido su hijo de alguna enfermedad seria ó ha sido operado? Si No

Si su respuesta es afirmativa, ¿qué enfermedad u operación? \_\_\_\_\_

¿Existe algo más que debemos saber sobre la salud de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Con quien debemos comunicarnos el día en que recibirá los servicios ( \_\_\_\_\_ ), en caso de emergencia?

Nombre(Escriba con letra de molde) \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Soy el padre ó tutor del niño mencionado en la parte superior y tengo al menos 18 años de edad. Doy mi consentimiento para que mi hijo participe en la revisión dental así como en el programa preventivo y restaurativo conducido por los miembros de la Fundacion Dental de Arizona. En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas sobre el historial médico de mi hijo han sido respondidas de manera correcta y con exactitud. Doy mi permiso para que se le tomen radiografías y para que reciba fluoruro, rellenos, anestesia local (adormecimiento del diente) y extracción de dientes. Doy permiso para que mi hijo/a reciba oxígeno y/o gas de nitrógeno (sedante) si es necesario.

Dándole a los niños una sonrisa, es un evento de un día. Aunque los voluntarios higienistas, dentistas y especialistas dentales ofrecen procedimientos de alta calidad utilizando buen equipo, entiendo que, debido al número de personas que necesitan ser examinadas, puede ser que mi hijo no reciba extracciones ó rellenos múltiples. También entiendo que los proveedores de cuidado dental son voluntarios y no estarán disponibles para cuidado posterior en caso de complicaciones. Estoy de acuerdo en llevar a mi hijo con su dentista de cabecera, clínica dental, médico familiar ó sala de emergencia en caso de que necesite atención posterior.

En consideración a la atención de salud gratuita que mi hijo recibe en conjunción con Dándole a los Niños una Sonrisa, Yo, por mi parte y por parte de mi hijo, formalmente renuncio y libero a la Fundacion Dental de Arizona ó a cualquier persona u organización que actúe en representación de ellos, patrocine ó sea voluntario en este evento, de todos los reclamos de responsabilidad surgidos de mi aceptación de dicho cuidado gratuito, incluyendo pero no limitándose a médico, quirúrgico, dental u otro cuidado de salud ó asesoramiento médico. **También entiendo que algo del cuidado dental se puede proporcionar por un estudiante de la escuela dental bajo dirección de un dentista de la facultad.**

Fundacion Dental de Arizona y a sus agentes el derecho de utilizar la fotografía de mi hijo, su voz y otras reproducciones en conexión con el anuncio ó publicidad de la Fundacion Dental de Arizona y sus actividades en todas las formas de difusión a partir de este punto. Certifico que he leído o lo he tenido leído a mí este documento; que todos los espacios en blanco fueron completados antes de que firmara; que entiendo la naturaleza de este consentimiento; y que este consentimiento está proporcionado voluntariamente. Me prepongo ser limitado legalmente por mi firma.

Nombre del padre ó tutor (con letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_