

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE CALDWELL**

**Consentimiento para Rutina de Examinación, Limpiezas e Historial Médico de la Clínica Dental**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Agua de la Ciudad/Condado                      Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Por Favor Seleccione uno:  
 Yo soy del Paciente--- Padre/Madre \_\_\_\_\_ Custodio Legal \_\_\_\_\_

\* Si usted no es el Padre o Madre del paciente debe proporcionar papeleo legal explicando que usted es el Custodio del paciente donde pueda dar permiso y consentimiento a tratamiento dental.

\*Padre, Madre o Custodio Legal necesitará completar una nueva forma de historial medico cada año.

Fecha de la ultima examinación dental: \_\_\_\_\_  
 Nombre del ultimo dentista: \_\_\_\_\_

Confirmo con conocimiento que todas las respuestas son ciertas y correctas. Le informare al dentista de cualquier cambio en consultas futuras.

Doy consentimiento para una examinación dental completa en el paciente cuyo nombre aparece arriba en la clínica dental del Departamento de Salud del Condado de Caldwell cada 6 meses. Esta evaluación incluirá un examen de la boca y los dientes del niño(a) y una conversación en referente a cualquier tratamiento necesitado.

Esta cita puede incluir rayos X, limpieza, y dependiendo de la edad del niño(a) tratamiento de fluoruro.

Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
 Padre, Madre o Custodio Legal

Fecha \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
 Dentista

Fecha \_\_\_\_\_

1 Su hijo(a) Tiene o tuvo las siguientes enfermedades?	Sí	NO
a. Corazón Rígido	___	___
b. Condición del Corazón	___	___
c. Alergia de Comida	___	___
d. Asma	___	___
e. Diabetes	___	___
f. Problema en los Pulmones	___	___
g. Problema del Hígado	___	___
h. Tuberculosis	___	___
i. Epilepsia	___	___
j. Enfermedad de Células	___	___
k. Tiroides	___	___
l. Sida	___	___
m. Labio dividido	___	___
n. Paralice Celebrar	___	___
o. Incapacidad Mental	___	___
p. Incapacidad al Escuchar	___	___
q. Hepatitis (A, B, C)	___	___
r. Sangramiento	___	___
s. Anemia	___	___
t. Autismo	___	___
u. ADHD/ADD	___	___
v. Algún otra condición medica?	___	___
2 Esta su hijo(a) tomando medicamento?	___	___
3 Esta su hija embarazada?	___	___
4 Usa su hijo(a) Tabaco?	___	___
5 Usa su hijo(a) Drogas ?	___	___
6 A tenido su hijo(a) alguna enfermedad sexual?	___	___
7 Ha tenido su Hijo(a) una cirugía?	___	___
8 Algún problema serio con tratamiento dental anteriormente?	___	___
9 Alguna reacción alérgica alguno de los siguientes:		
a. Anestesia local(medicina para entumir)	___	___
b. Penicilina o algún otro antibiótico	___	___
Drogas sulfa	___	___
Látex/Goma	___	___
Algún otro medicamento o Comida	___	___

esplique aquí y liste medicamentos que esta tomando el paciente.

---

---

---

---

---

---

---

---