

**Delta Dental Clinic**  
**Forma de permiso y antecedentes médicos**  
**Por favor llene esta forma y devuélvala inmediatamente.**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del maestro/a: \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Por favor seleccione los servicios que le gustaría marcando SI o NO para cada una de las opciones abajo:**

**SI**, yo quiero que mi hijo(a) obtenga selladores dentales (por favor llene completamente la forma, firme y entréguela)

**NO**, yo no quiero que mi hijo(a) obtenga selladores dentales (por favor llene el espacio con su nombre, firme y entregue la forma)

**SI**, yo quiero que mi hijo(a) obtenga barniz de fluoruro (por favor llene completamente la forma, firme y entréguela)

**NO**, yo no quiero que mi hijo(a) obtenga barniz de fluoruro (por favor llene el espacio con su nombre, firme y entregue la forma)

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene o ha tenido?: (por favor marque **Si o No**)

	Si	No		Si	No
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condición cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión/Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Toma medicamentos su hijo(a)? No  Si  De ser Sí, indique: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alergias incluyendo alimentos, medicinas, etc.? No  Si

Si la respuesta es SI, por favor escriba una lista: \_\_\_\_\_

¿Debemos saber algo más sobre la salud de su hijo(a) o cualquier cuidado dental anterior?

¿Ha visitado su hijo(a) antes al dentista? No  Si  De ser Sí, ¿Ultima visita? \_\_\_\_\_

**Permiso:**

A mi entender, la información de la historia médica es correcta. Autorizo que se dé a conocer la información sobre la visita a la escuela de mi hijo. He leído y acepto todo lo anterior:

Nombre del Padre o Tutor (en letra imprenta): \_\_\_\_\_

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