

Delta Dental Clinic Permission Form and Health History

Please complete and return to your child's teacher immediately.

Student's Name: _____ Date of Birth: _____

Teacher Name: _____ Grade: _____

Please mark the services you would like by checking Yes or No for each item below:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> YES I want my child to get free sealants
(please fill in entire form, sign and return) | <input type="checkbox"/> NO I don't want my child to get sealants
(please fill in your name, sign and return) |
| <input type="checkbox"/> YES I want my child to get free fluoride varnish
(please fill in entire form, sign and return) | <input type="checkbox"/> NO I don't want my child to get fluoride varnish
(please fill in your name, sign and return) |

Parent/Guardian Name: _____ Daytime number: _____

Emergency Contact: _____ Emergency number: _____

Does your child have or has your child had: (please mark **either** Yes or No)

	Yes	No		Yes	No
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleeding problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression/Anxiety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Is your child taking any medications? No Yes If yes, please list: _____

Does your child have any allergies including foods, medicines, etc.? No Yes If yes, please list:

Anything else we should know about the health of your child or any past dental care?

Has your child been to a dentist before? No Yes If yes, last visit? _____

Permission:

To the best of my knowledge, the health history information is correct. I authorize release of information on my child's visit to my child's school. I have read and agreed to all of the above:

Name of Parent or Guardian (please print): _____

Signature: _____ Date: _____

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: _____ 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: _____

¿Es alérgico(a) su hijo(a)? No Si De ser Sí, indique: _____

¿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: _____