

HISTORIA MEDICA

SI NO Su niño está bajo cuidado médico?

Nombre del medico _____

SI NO Su niño es alérgico a una medicina?

SI NO Su niño a tenido una enfermedad seria?

SI NO A sido hospitalizado o tenido una cirugía?

SI NO Su niño ha tenido historia de lo siguiente (CIRCULE TODO LO APLICABLE): Problemas del corazón, soplos, o cirugía?

SI NO Ve al médico por la condición del corazón? Necesita pre medicación? SI NO

SI NO TDA/TDAH (el trastorno por Déficit de la atención y el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad)

SI NO Asma, TB (tuberculosis) u otros problemas con los pulmones

SI NO Autismo

SI NO Alérgico al látex o al hule

SI NO Anemia falciforme o desorden de la sangre

SI NO Hepatitis o problemas del hígado

SI NO Diabetes

SI NO Cáncer, tumor o leucemia

SI NO Epilepsia o Convulsiones

SI NO Parálisis cerebral o retraso en el desarrollo

SI NO Su niño ha tenido historia de lo siguiente (CIRCULE TODO LO QUE APLICA): Audición, visión o problemas del habla

SI NO Problemas emocionales o psicológicos

SI NO VIH/SIDA

SI NO otros problemas médicos/cuestiones?

***Cualquier pregunta contestada SI explique por favor?

Por favor liste cual medicamento que su niño este tomando:

Nombre del niño: _____

DEBE SER FIRMADA POR LOS PADRES/GUARDIÁN SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD

Yo certifico que las preguntas para la salud son a curables y correctas para mi mejor conocimiento. Ya que ha cambiado de condición médica o medicamentos pueden afectar tratamiento dental. Yo entiendo la importancia de y estoy de acuerdo de notificar a la oficina de algunos cambios.

Yo autorizo a Idaho Kids Dentistry & Orthodontics y asociados o asistentes designada para preformar procedimientos que sean considerados necesarios o aconsejable para mantener la salud dental de mi niño(o menor en mi cuidado) incluyendo arreglos y/o administración de cualquier sedante (incluyendo nitrógeno), analgésicos, otros agentes farmacéuticos incluyendo eso relacionados a restauraciones, paliativo, terapéutico o tratamiento cirugía.

Yo entiendo que la administración de anestesia local puede causar una reacción adversa o efecto secundario son incluidos pero no limitados a: moretones, hematomas, estimulación cardíaca, temporal o raramente, entumecimiento permanente y a dolorimiento de músculos. Yo entiendo que ocasionalmente las agujas se quiebran y puede requerir recuperación quirúrgica.

Yo comprendo que parte del tratamiento dental, incluye, procedimientos preventivos como limpiezas e industria básica, incluyendo rellenos de todos tipos, los dientes pueden quedar sensitivos o posiblemente dolorosos para antes y después de completar el tratamiento. Encías y alrededor los tejidos pueden también ser sensibles o doloroso durante y/o después del tratamiento.

Yo voluntariamente asumo cualquier y todos los riesgos incluyendo el riesgo subástaes y serios danos, si cualquier cual puede ser asociados con preventivamente general y tratamiento operado procedimientos en deseos de obtener el resultado deseado y puede o no puede ser adquirido para mi beneficio o para el beneficio del niño menor en la sala. Con mi conocimiento que la naturaleza y propósito del procedimiento precedente han sido explicados necesarios y me han dado la oportunidad para preguntar preguntas.

Lea antes de firmar

Nombre imprimido del menor

Edad

Nombre de los

padres/guardianes: _____

Firma _____

Fecha _____