

Delta Dental of Idaho Clinic
Permission Form and Health History

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

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Teacher Name: _____ Gender: _____ Grade: _____

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

YES I want my child to get free sealants
(please fill in entire form, sign and return)

NO I don't want my child to get sealants
(please fill in your name, sign and return)

YES I want my child to get free fluoride varnish
(please fill in entire form, sign and return)

NO I don't want my child to get fluoride varnish
(please fill in your name, sign and return)

As part of our program we may return to your child's school to check the sealants. New sealants will be applied for free at that time, if needed. We also conduct a cavity risk assessment. If you would like a copy of the results please check here ____.

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? Yes No If yes, please list: _____

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

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

Has your child been to a dentist before? Yes No 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: _____

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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SI , yo quiero que mi hijo(a) obtenga selladores dentales gratis (por favor llene completamente la forma, firme y entréguela) | <input type="checkbox"/> NO , yo no quiero que mi hijo(a) obtenga selladores dentales (por favor llene el espacio con su nombre, firme y entregue la forma) |
| <input type="checkbox"/> SI , yo quiero que mi hijo(a) obtenga barniz de fluoruro gratis (por favor llene completamente la forma, firme y entréguela) | <input type="checkbox"/> 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) |

Como parte de nuestro programa, podemos regresar a la escuela de su hijo(a) en el futuro para revisar los selladores dentales. Si es necesario, podemos aplicar selladores dentales nuevos gratis en ese momento. También realizamos una evaluación de riesgo de caries. Si quiere obtener una copia de los resultados, por favor marque aquí ____.

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 cardiaca	<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)? Si No De ser Sí, indique: _____

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

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? Si No 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: _____