

**SUPER SONRISAS  
PARA  
SUPERHEROES.**



**LIMPIEZA  
FLUORURO  
SELLANTES  
FRENOS  
TRATAMIENTO  
CORONAS  
BLANQUEAR LOS DIENTES E MÁS!**

# A Plus Dental

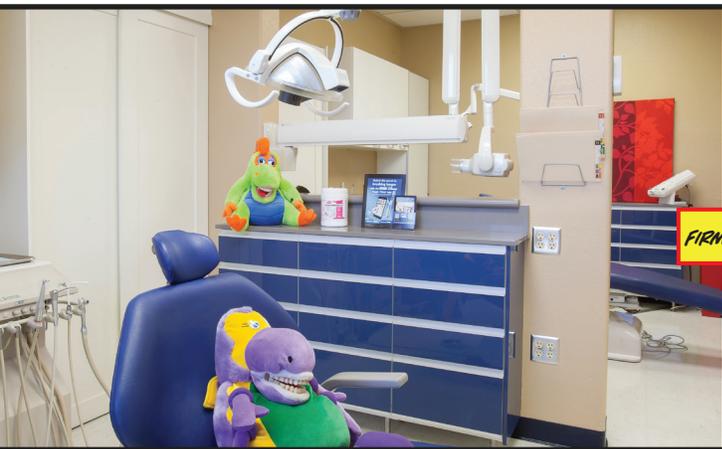
**EL DENTISTA DE TUS SUPERHEROES** SM

## PERMISO DEL PADRE

Nombre del niño/a apellido	Nombre	2o Nombre
Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Escuela	Maestra	Grado
Nombre de los padres o guardián	Relación al/a la niño/a	
Dirección postal	Ciudad	Código postal
Teléfono celular	Teléfono	
Nombre del plan de AHCCCS	Número de AHCCCS	
E-mail	Mejor manera de ponerse en contacto con usted <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Text	

Soy el padre o tutor de él/la niño/a mencionado/a arriba. Quiero que mi hijo/a participe, si **elegible**, en el programa escolar dental gratuito. Doy mi consentimiento para que mi hijo/a tenga limpieza dental, reciba un examen dental, rayos-x, sellantes (capas protectoras), y fotografías clínicas, si necesario, para propósitos educativos o aseguranzas. Le doy permiso al Distrito Escolar para transportar a mi hijo/a y para proveer y dar información actual solicitada en esta forma. A Plus Dental tiene permiso de comunicar la condición del cuidado dental de mi hijo/a al Distrito Escolar. He recibido una copia del Aviso de esta oficina de prácticas de privacidad. Esta autorización estará en efecto hasta que sea cancelada en escritura por mí.

Firma de los padres o guardián	Fecha
<i>FIRME AQUI</i> X	



## HISTORIA DE SALUD

Favor de marcar con (x) si tiene o ha tenido cualquiera de las siguientes enfermedades o problemas.

SÍ	No	INFORMACIÓN DENTAL	SÍ	No	MÉDICA INFORMACIÓN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válvulas artificiales en el corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema dental inmediato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos del corazón de nacimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lastimadura en la boca, dientes, o mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión sanguínea alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Experiencia dental, en el pasado, no favorable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se cepilla los dientes su hijo/a dos veces por día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangría anormal
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o infección por VIH
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer/quimioterapia/tratamiento
SÍ	No	ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anestésicos locales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I dependiente insulina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo II
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina o Amoxicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos alimenticios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barbitúricos, sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/ictericia/enfermedad del hígado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicinas de sulfá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del riñón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codeína u otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la salud mental. Si marca sí, especifique: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos neurológicos. Si marca sí, especifique: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glándulas del cuello hinchadas persistentes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/en temporada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema
SÍ	No	MÉDICA INFORMACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En buena salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad sexualmente transmitida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bajo cuidado médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis u otros problemas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomando cualquier medicamento Si marca sí, especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras en la boca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de las tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazada o posibilidad de estarlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad reumática del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (especifique) _____

## FAVOR DE ESCRIBIR LOS NOMBRES DE OTROS NIÑOS EN SU FAMILIA ABAJO

Apellido	Nombre	Edad

**AMIGABLE PARA NIÑOS**

**ESTABLECIDO  
1998**

**ABIERTA TODO AÑO**

**PADRES SON BIENVENIDOS  
PARA ESTAR PRESENTE**

**CUIDADO DE EMERGENCIA**

**EDADES DE 1 AÑO EN ADELANTE**

**REGRESE A LA ENFERMERA  
DE LA ESCUELA O ENVIA  
POR CORREO:**

A Plus Dental  
PO Box 734  
Litchfield Park, AZ 85340

Se habla Español