

DuPage County Health Department *POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN PLUMA*

Primer Nombre del Niño _____ Apellido del Niño _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo: Masculino Femenio

Nombre de Padre o Guardián _____ Número Telefono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Escuela _____ Grado _____ Maestro _____

HISTORIA MEDICA

Marca si su hijo/a a tenido alguno de los siguientes:

Soplo Cardíaco	Problemas del corazón	Epilepsia	Asma	Fiebre Reumatic	Presion arterial alta	Enfermedad del rinon o higado
VIH/SIDA	TB (Tuberculosis)	Diabetes	Alergias	Hepatitis infectisiosá	Problemas de Sangre	Alergia al Latex(Goma, Plastico)

Esta su hijo en buen salud? SÍ NO
 Tiene su hijo alergias? SÍ NO Cuales alergias: _____
 Su hijo/a esta tomando medicamentos? SÍ NO Cuales medicamentos: _____

Esta su hijo de bajo de supervision de un doctor medico? SÍ NO Por qué? _____

Mi hijo tiene almuerzos reducidos. SÍ NO
 Tiene su hijo tiene Ayuda Pública? SÍ NO Si sí, por favor de incluir su NÚMERO de DESTINARIOS: _____

Tiene su hijo algún otro seguro? SÍ NO Nombre de Seguro _____ (El numero tiene 9 digitos y esta de tras de su tarjeta)

Fecha de ultima cita dental ____/____/____ Su Ayuda Pública sera facturará

Nombre del dentista familiar _____
 Favor de apuntar cuantas personas viven en su hogar. _____

Por favor marque su ingreso anual (familiar):

21,775 o menos	52,559 o menos	83,343 o menos
29,471 o menos	60,255 o menos	91,039 o menos
37,167 o menos	67,951 o menos	98,735 o menos
44,863 o menos	75,647 o menos	106,431 o más

Declaración de liberación de servicios dentales Yo libero, absuelvo y descargo el Departamento de Salud de DuPage County, sus empleados y sus agentes, de todos y cada una de las responsabilidades a mí, mis representantes personales o pariente o deudo más cercano, de todos y cada una de las reclamaciones, demandas o pleitos y daño, o cualquier otra pérdida, de cualquier tipo o clase, proveniente de o resultado de, o que resultará de, la rendicion de cualquier servicio dental. También, estoy de acuerdo indemnizar, librar de, y tener innocuo el departamento de salud de DuPage County y sus agentes de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo o reclamación, los cuales habrán sidos sufridos, o serán de ahora en adelante sufridos por mi como una resulta de los servicios dentales. Yo he leído esta Liberación y entiendo todas las condiciones. Asimismo, yo la cumplo voluntariamente y con conocimiento total de su significado. Entiendo que el Departamento de Salud de DuPage County está proveído los procedimientos como un sevicio público y tiene mi permiso para revisar y reemplazar los selladores como este dictado por la concesión. Esta autorización expira cinco años de esta fecha.

Si eligible los servicios pueden incluir un examen, liempieza, tratamiento de fluoruro y selladores dentales. Dentistas leccenciados y higienistas dentales iran ala que llenar esta forma completa y firmar abajo. Cualquier nino/a quienes regresan una forma estan eligibles para un examen. Si no estan interesados en el programa por favor no manden la forma para tras.

Firma del Padre/Guardian: _____ FECHA: ____/____/____ 7/15