

HISTORICAL MEDICO

SU HIJO/A TIENE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES¿

Cáncer o Leucemia	SÍ NO	Embarazada	SÍ NO
Problemas de Riñón	SÍ NO	Asma	SÍ NO
Enfermedades del Hígado	SÍ NO	Fiebre del Heno	SÍ NO
Diabetes	SÍ NO	Alergias	SÍ NO
Ataques	SÍ NO	Problemas Psicológicos	SÍ NO
Enfermedades del Corazón	SÍ NO	Fiebre Reumática	SÍ NO
Hemorragias	SÍ NO	Tuberculosis	SÍ NO

De acuerdo con su Pediatra o Doctor, Su hijo/a todavía tiene soplo en el corazón¿
SÍ NO

Otros problemas o condiciones: _____

Su hijo/a todavía está tomando lo siguiente¿

Antibióticos	SÍ NO
Anticoagulante	SÍ NO
Tylenol	SÍ NO
Insulina	SÍ NO
Inhaladores	SÍ NO

Su hijo/a tiene las siguientes alergias¿

Antibióticos	SÍ NO
Tylenol	SÍ NO
Hule de Látex	SÍ NO
Codeína	SÍ NO
Aspirina	SÍ NO

Si es que sí describa pro favor: _____

CONSENTIMIENTO He leído me han leído y entiendo la información en esta forma. Se han contestado todas mis preguntas. Entiendo que esta forma de permiso es válida pro dos años. Por medio de ésta doy mi libre consentimiento para que los profesionales de NM Smiles. NM Smiles es una compañía no lucrativa que emplea profesionales con licencia. Es proveedora del Medicaid. No somos parte de sistema escolar de su hijo/a. El sistema escolar no es responsable de los servicios que provee NM Smiles. Pro favor Regrese esta forma complete la parte de atrás.

Preguntas ¿

NM Smiles

505-980-0070

tooth1fairy@gmail.com