

UTAH GKAS : Patient Health History and Consent

Referring Organization

PATIENT INFORMATION / INFORMACION DE PACIENTE

First Name/Nombre		Last Name/Apellido		MI/Inic.
Date of Birth/Fecha de Nacimiento		Age/Edad		Gender/Genero
Address/Domicilio		City/Ciudad		Zip/Codigo Postal
Phone/Numero Telefonico	Emergency Contact/Nombre del Contacto de Emergencia		Emergency #/ Telefoncia de Emergencia	
Name of Legal Guardian/Nombre del Tutor Legal		Relationship to Patient/Relación a Paciente		Phone # of Guardian/Telefono del Tutor Legal

DOES YOUR CHILD HAVE ANY OF THE FOLLOWING: /TIENE O TENIA SU NINO ALGUNA DE ESTOS:

<input type="checkbox"/> Asthma/Asma	<input type="checkbox"/> Congenital Heart Disease/Enfermedades Cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Heart Murmur/Sopio Cardiac	<input type="checkbox"/> Seizures/Epilesia
<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes	<input type="checkbox"/> Rheumatic Heart Disease/Cardiopatía Reumatica	<input type="checkbox"/> Bleeding Problems/Problemas de Sangrar	

PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION: /FAVOR DE FACILITAR LAS SIGUIENTE INFORMACION:

List any medications your child is taking. <i>Listar todas las medicinas que su niño.</i>	
List all your child's allergies. <i>Listar todas las alergias que tiene su niño.</i>	
List all the medications. <i>Listar todas las medicinas que su hijo es alérgico.</i>	
List any serious illnesses or operations your child has had. <i>Lista las enfermedades graves o las operaciones que ha tenido su hijo.</i>	
Is there anything we should know about your child's health? <i>¿Hay alguna cosa que debemos saber la salud de su niño?</i>	

CONSENT & STATEMENT OF RELEASE/CONSENTIMIEN TO Y ESTADO DE LIBERACION

To the best of my knowledge, the *Health History* questions have been answered correctly. I authorize any dentists participating in the Utah Give Kids a Smile (UGKAS) program and/or such associates or assistants as they may designate to perform those procedures as may be deemed necessary or advisable to diagnose, medicate and treat my minor child or other individual for which I have responsibility, including arrangement and/or administration of any sedative (including nitrous oxide), analgesic, therapeutic, and/or pharmaceutical agent(s), including those related to restorative, palliative, therapeutic or surgical treatments. I understand that the administration of local anesthetic is generally safe but may cause an untoward reaction or side effects, which may include, but are not limited to bruising, hematoma, cardiac stimulation, muscle soreness, and temporarily or rarely, permanent numbness. I understand that teeth may remain sensitive or even possibly quite painful both during and after completion of treatment. Dental materials and medications may trigger allergic or sensitive reactions. I understand that dental tools may break and require surgical retrieval. I understand that as part of the dental treatment foreign objects may be aspirated or swallowed, requiring a bronchoscopy or other procedures for removal. I do I do voluntarily accept all possible risks, including the risk of substantial and serious harm, if any, which may be associated with general preventive and operative treatment procedures in hopes of obtaining to potential desired results, which may not be achieved, for the benefits of my minor child or any other minor child for whom I am responsible as I voluntarily participate in the UGKAS program. I hereby grant permission to UGKAS and any other associated organization to use art, photographs, and/or composition, full or in part, that bears my and/or my child's name or image in promotional materials. I hereby release all rights, claims and ownership of said material to UGKAS and any associated organization. Furthermore, I hereby waive my and/or my child's rights to any revenues and increases that may result from the use of promotional material, both printed or electronic, that bears my and/or my child's name or image in full or in part.

Al mayor de mi conocimiento, las preguntas de Historia de la Salud han sido confestadas correctamente. Autorizo a cualquier dentistas que participan en el Utah Give Kids a Smile (UGKAS) programa y/o asociados o asistentes que ellos designen para realizar los procedimientos que se consideren necesarios o convenientes para diagnosticar, tartar y medicar a mi hijo menor de edad u otra persons para que me tienen la responsabilidad, incluida la disposición y/o administración de cualquier sadante (incluyendo el oxido nitroso), analgésicas, terapéuticas y/o de otra fármaco(s), incluidos los relacionados con los tratamientos restaurativos, paliativos, terapéuticos o quirúrgicos. Entiendo que la adminstración de anesthesia local es generalmente muy segura pero puede causar una reacción desfavorable o efectos secundarios, que pueden incluir, pero no se limitan a magulladuras, hematomas, la estimuació cardíaco, Dolores musculares, y entumecimiento temporal o permanenie, en raras ocasiones. Entiendo que los dientes pueden permanecer sensibles a incluso, posiblemente, muy doloroso, tanto durante como después de la finalización del tratamiento. Los materiales dentales y medicamentos pueden desencadenar racciones alérgicas o de sensibilidad. Entiendo que las herramientas dentales se pueden romper y requieren recuperación quirúrgica. Entiendo que como parte del tralamiento de los objetos extraieros dental pueoe ser aspirado o ingend, requiriendo una broncoscopia o otrotratamiento para eliminar. Hago volunariamente aceptar todas los riesgos posibles, incluido el riesgo de daño sustancial y grave, ensu caso, que pueden estar asociados con los procedimientos generals de tratamiento preventive y operative con la esperanza de obtener los resultados deseados posibles, que elalcalde no se puede lograr, para el beneficio de mi hijo menor de edad o menor importancia para los que soy responsable ya que participan voluntariamente en el programa UGKAS. Por la presente autorizo a UGKAS y cualquier otra organización asociada a utilizar el arte, fotografías y /o su composición, su totalidad o en parte, que lleva mi y /o el nombre de mi hijo o la imagen en el material promccional. Yo libero todos los derechos, las reivindicaciones y la propiedad de dicho material a UGKAS y cualquier otra organización asociada. Por otra parte, por la presente renuncio a mi y /o derechos de mi hijo a todos los ingresos y los aumentos que pueden resultar de la utilización de material promocional, tanto en format impreso o electrónico, que lleva de mi o mi hijo el nombre o la imagen en su totalidad o en parte.

Signature of Parent or Legal Guardian /Firma de los Padres o Tutores Legales

Date / Fecha