



Health History/Consent for Treatment



Office Use

Please complete this form and sign as parent or guardian. This completed form and a reservation is needed to participate. "Give Kids A Smile" provides free, comprehensive dental

Who Referred You/How Did You Hear About Us? (Name of the friend, school, church, organization):

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____

Email: _____ @ _____ FAX#: _____

Office Phone: _____

To Be Completed by Parent or Guardian – Information about your child

Child's Name: First _____ MI _____ Last _____

Child's Date of Birth: _____ **Child's Gender:** Male _____ Female _____

Home Address _____
Street City Zip Code

Home Phone _____ **Cell/Mobile Phone** _____

Medicaid Eligible _____ Yes _____ No

Please check all that apply to the child: Not listed: _____ **ID Number** _____

Medicaid Coverage: Health Care USA Molina Harmony MO Health Net MO Care+ (red card)

Medicaid ID: _____ Free & Reduced Lunch Partial Free/Reduced Lunch

Name of Parent/Guardian: _____ **Birth Date** _____

Marital Status: Married Single Divorced Separated Widowed

Child Lives With: Check if same as above

Name: First: _____ MI _____ Last _____

Address: _____

City: _____ State _____ ZIP _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

IN CASE OF EMERGENCY CONTACT on the day of service at the clinic:

Name: First: _____ MI: _____ Last: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____ Phone: _____

I give consent for my child to participate in the preventive and restorative dentistry program conducted by the Committee for Community Outreach and Access program, known as Give Kids A Smile. To the best of my knowledge, the medical history questions on page 2 have been answered correctly and accurately. I allow my child to receive local anesthetic (numbing of the teeth), dental treatment, antibiotics and analgesics (Tylenol, Ibuprofen) with appropriate instructions if deemed necessary by the treating dentist, and to be photographed while at the clinic, understanding that the photos may be used in future educational material. Our dental clinic will honor the rights of patients regarding their protected health information with rare exceptions that must use and disclose only as much information needed to accomplish the intended dental treatment.

Name of Parent/Guardian (Printed) _____

Signature _____ **Date** _____

**For reservations call: 636-397-6453 (GKAS) Fax completed consent form to: 1-636-278-2676
Or, mail completed consent form to: GKAS, 340-A Mid Rivers Mall Dr., St. Peters, MO 63376**

Medical History

Although dental personnel primarily treat the area in and around your mouth, your mouth is a part of your entire body. Health problems that your child may have, or medication that your child may be taking, could have an important interrelationship with the dentistry your child will receive. Thank you for answering the following questions.

- Is your child under a physician's care now? Yes No If yes, explain _____
- Has your child been hospitalized? Yes No If yes, explain _____
- Has your child had a major operation? Yes No If yes, explain _____
- Has your child had a serious neck or head injury? Yes No If yes, explain _____
- Is your child taking any medications, pills or drugs? Yes No If yes, what medication _____
-

Is your child allergic to any of the following:

- Aspirin Penicillin Codeine Acrylic Metal Latex Local Anesthetics
- Other If yes, please explain _____

Does your child have, or have they had, any of the following?

- | | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV Positive | <input type="checkbox"/> Chest Pains | <input type="checkbox"/> Frequent Headaches | <input type="checkbox"/> Irregular heartbeat | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cold/Sores/Fever Blisters | <input type="checkbox"/> Genital Herpes | <input type="checkbox"/> Kidney Problems | <input type="checkbox"/> Shingles |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Congenital Heart Disorder | <input type="checkbox"/> Hay Fever | <input type="checkbox"/> Leukemia | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease |
| <input type="checkbox"/> Artificial Heart Valve | <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Heart Attack | <input type="checkbox"/> Liver Disease | <input type="checkbox"/> Sinus Trouble |
| <input type="checkbox"/> Artificial Joint | <input type="checkbox"/> Cortisone Medicine | <input type="checkbox"/> Heart Murmur | <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Spina Bifida |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Heart Pace Maker | <input type="checkbox"/> Lung Disease | <input type="checkbox"/> Stomach/Intestinal Disease |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease | <input type="checkbox"/> Epilepsy or Seizures | <input type="checkbox"/> Heart Trouble | <input type="checkbox"/> Mitral Valve Prolapse | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Blood transfusion | <input type="checkbox"/> Excessive Bleeding | <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Pain in Jaw Joints | <input type="checkbox"/> Swelling of Limbs |
| <input type="checkbox"/> Breathing Problem | <input type="checkbox"/> Excessive Thirst | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Parathyroid disease | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease |
| <input type="checkbox"/> Bruise Easily | <input type="checkbox"/> Fainting Spells/dizziness | <input type="checkbox"/> Hepatitis B or C | <input type="checkbox"/> Psychiatric Care | <input type="checkbox"/> Tonsillitis |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Frequent Cough | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Radiation Treatments | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapy | <input type="checkbox"/> Frequent Diarrhea | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Recent Weight Loss | <input type="checkbox"/> Tumors or Growths |
| <input type="checkbox"/> Hives or Rash | <input type="checkbox"/> Renal Dialysis | <input type="checkbox"/> Ulcers | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Yellow Jaundice |
| <input type="checkbox"/> Ear tubes | <input type="checkbox"/> Recurrent ear infections | <input type="checkbox"/> Hearing loss | | |

Has your child ever had any serious illness not listed above? Yes No If yes, please explain: _____

To the best of my knowledge, the questions on this Medical History Form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my child's health. It is my responsibility to inform Give Kids A Smile of any changes to my child's medical status.

Signature of Parent/Guardian _____ **Date:** _____



Historia Medica / Autorización para Tratamiento



Por favor complete esta

Fecha de su Cita:

Hora de su Cita:

¿Organización que lo refirió a nosotros? (Identifique la escuela, iglesia, u organización):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Correo Electrónico: _____ @ _____ FAX#: _____

Teléfono de Oficina: _____

Organización que lo refirió/Persona Contacto del Grupo:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ @ _____ FAX#: _____

Esta sección debe ser completada por padres de familia o el guardián – información sobre su niño/a

Nombre del Niño: Primer Nombre _____ Inicial Segundo _____ Apellido _____

Facha de Nacimiento del Niño/a: _____ **Sexo del Niño:** Masculino _____ Femenino _____

Dirección de Hogar

Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ **Teléfono Celular/Móvil** _____

Nombre del Padre/Madre/Guardián: _____

El Niño Vive con: Marque aquí si es igual a arriba

Nombre: Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular/Móvil: _____

En Caso de Emergencia Contacta a:

Nombre: Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¿A quién debemos llamar el día de sus cita para discutir el tratamiento de su niño?

Nombre: Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Doy autorización para que mi niño/a participe en el programa preventivo y de restauración dental conducido por el programa "Committee for Community Outreach and Access," conocido como Demos Una Sonrisa a Los Niños. En mi conocimiento, las preguntas sobre la historia medica en la pagina 2 han sido contestadas en forma correcta y precisa. Doy permiso a mi niño/a de recibir anestesia local (para adormecer los dientes), tratamiento dental, y ser fotografiado mientras este en la clínica, entendiendo que estas fotos pueden ser utilizadas en material educativo en el futuro. Nuestra clínica dental va a honrar los derechos de los pacientes en cuanto a la protección de su información médica con raras excepciones en las cuales se debe usar solo la información que sea necesaria para completar el tratamiento dental deseado.

Nombre de Padre/Guardián (Impreso) _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Para reservaciones llamar: 636-397-6453 (GKAS) Envíe la forma completada al Fax: 1-636-278-2676

O, mandar la forma completada por correo a: GKAS, 340-A Mid Rivers Mall Dr., St. Peters, MO 63376

Historia Médica

A pesar que el personal dental trata primariamente el área dentro o alrededor de la boca, su boca es parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que su niño/a pueda tener, o los medicamentos que su niño/a puede estar tomando, pueden tener una interrelación importante con el tratamiento dental que su niño/a reciba.

Muchas gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Esta viendo su niño/a a un doctor en en el presente? Si No En Caso de Si, Explique _____
- ¿Ha sido su niño/a hospitalizado? Si No En Caso de Si, Explique _____
- ¿Ha tenido su niño/a una operación mayor? Si No En Caso de Si, Explique _____
- ¿Se ha golpeado su niño/a el cuello o cabeza seriamente? Si No En Caso de Si, Explique _____
- ¿Esta tomando su niño/a medicamentos o pastillas? Si No En Caso de Si, Explique _____
- _____
- _____

Tiene su niño/a alergia a los siguientes:

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestésicos Locales
- Otro Por favor explique _____

¿Tiene, o ha tenido su niño/a alguna de las siguientes condiciones?

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza Frec. | <input type="checkbox"/> Latidos irregulares | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tos/Erupciones debido a fiebre | <input type="checkbox"/> Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñones | <input type="checkbox"/> Herpes (zóster) |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica |
| <input type="checkbox"/> Corazón Artificial | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado | <input type="checkbox"/> sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Articulación Artificial | <input type="checkbox"/> Medicina de Cortisona | <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón | <input type="checkbox"/> Presión Baja | <input type="checkbox"/> Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Marcapasos de Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pulmones | <input type="checkbox"/> Problemas Estomago |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> Válvula Mitral (problemas) | <input type="checkbox"/> Derrame (cerebral) |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> Sangra Excesivamente | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Dolor en la Mandíbula | <input type="checkbox"/> Hinchazón Manos/Pies |
| <input type="checkbox"/> Problema Respiratorios | <input type="checkbox"/> Sed Excesiva | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Problemas de Paratiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Moretes Frecuentes | <input type="checkbox"/> Desmayos/mareos | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Tonsillitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Tratamientos de Radiación | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Diarrea Frecuente | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Perdida de Peso (Reciente) | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Ronchas o Erupciones | <input type="checkbox"/> Diálisis Renal | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Yellow Jaundice |
| <input type="checkbox"/> Tubos en el Oído | <input type="checkbox"/> Infección de Oído Recurrente | <input type="checkbox"/> Perdida Auditiva | | |

¿Ha tenido su niño/a alguna condición médica seria no mencionada arriba? Si No En caso de si, explique _____

En mi conocimiento, las preguntas en este documento de Historia Médica han sido contestadas de manera correcta. Yo entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi niño/a. Es mi responsabilidad informar a "Give Kids A Smile" (Demos Una Sonrisa a los Niños) de cualquier cambio al estado médico de mi niño/a.

Firma de Padre/Guardián _____ **Fecha:** _____