

**"Give Kids a Smile" day**  
**Health History and Permission Form**  
**(Día "Déle una sonrisa a los niños"**  
**Formulario de historial médico y permiso)**

First (Primer) \_\_\_\_\_ MI (Inic.) \_\_\_\_\_ Last (Apellido) \_\_\_\_\_

Date of Birth (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ Sex (Sexo) \_\_\_\_\_

Address (Dirección) \_\_\_\_\_  
 Street (Calle) \_\_\_\_\_ City (Ciudad) \_\_\_\_\_ Zip Code (Código postal) \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_ Emergency contact \_\_\_\_\_  
 (Teléfono) \_\_\_\_\_ (Contacto de emergencia) \_\_\_\_\_

Does your child have or has your child had:  
 (Su niño(a) tiene, o ha tenido:)

Asthma (Asma)	Y N Sí No	Congenital heart disease (Enfermedad congénita cardiaca)	Y N Sí No
Heart Murmur (Soplo en el corazón)	Y N Sí No	Rheumatic heart disease (Enfermedad reumática cardiaca)	Y N Sí No
Diabetes (Diabetes)	Y N Sí No	Bleeding problems (Problemas de sangrado)	Y N Sí No
Seizures (Convulsiones)	Y N Sí No		

Is your child taking any medications? Y N  
 (¿Su niño(a) está tomando algún medicamento?) Sí No  
 If yes, what medications (Si sí, ¿cuáles?) \_\_\_\_\_

Does your child have any allergies? Y N  
 (¿Su niño(a) tiene alergias?) Sí No  
 If yes, what allergies (Si sí, ¿cuáles alergias?) \_\_\_\_\_

Is there anything else we should know about the health of your child?  
 (¿Hay algo más que deberíamos saber sobre la salud de su niño(a)?)  
 If so, please list (Si sí, sírvase mencionarlas) \_\_\_\_\_

**To the best of my knowledge, the medical history questions have been answered correctly and accurately. I allow my child to receive local anesthetic (numbing of the teeth).  
 (Según mi mejor entendimiento, las preguntas sobre el historial médico han sido contestadas correcta y completamente. Doy permiso a que mi niño(a) reciba anestesia local (para entumecer los dientes).**

**Name of Parent/Guardian (printed) (Nombre de padre o tutor (letra de molde))**  
 \_\_\_\_\_

**Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_**  
**(Firma) \_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_**

Spanish