



Estimado(a) Padre/Guardián:

La Universidad Colegio Dental de Howard University (HUCD) esta ofreciendo un programa de Give Kids A Smile (Demos Una Sonrisa A Los Niños) el viernes 15 de febrero de 2019. Give Kids A Smile es la culminación del Mes Nacional de la Salud Dental Infantil que se celebra anualmente. Es un acontecimiento de un día de duración en que tanto los dentistas como el personal odontológico ofrecen sus servicios como voluntarios para entregar una atención dental gratuita a los niños con necesidad dental y económica.

El propósito de este acontecimiento es llamar la atención sobre la epidemia de enfermedades bucodentales sin tratar entre los niños necesitados y el de entregar el mensaje de que los dentistas no pueden resolver este problema por sí solos sin un compromiso real del gobierno y de la sociedad. Como solo podemos atender a un número limitado de niños, el hijo/a esta escogido/a para participar en el programa Give Kids A Smile.

Nuestro evento tendrá lugar el viernes 15 de febrero de 2019 en el Departamento Pediátrico de la Universidad Colegio Dental de Howard University (600 W Street, NW, Washington, DC 20059) entre las horas 9 AM - 12 PM. Con la supervisión de dentistas con licencia, los residentes dentales y los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Howard, proporcionarán exámenes dentales, limpiezas, tratamientos con flúor y selladores (según sea necesario). Los selladores son plásticos delgados que se colocan en la parte superior de los dientes posteriores de su niño para ayudar a prevenir las caries. Los tratamientos con flúor ayudan a fortalecer los dientes contra la caries.

Los servicios que brindamos generalmente no causan dolor, por lo tanto, nuestros servicios no incluyen vacunas para adormecer el área. Los niños que necesiten servicios adicionales que no se ofrecieron el 15 de febrero (como empastes, extracción de dientes o aparatos ortopédicos) se les ofrecera a programar citas adicionales en la clinica dental de la Universidad de Howard (HUCD). Cada niño será enviado a casa con un formulario de informe dental.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para la participación de mi hijo en el programa Give Kids a Smile Day, que puede incluir un examen dental, limpieza, tratamiento con flúor y selladores (según sea necesario). Certifico que he leído y entiendo completamente el consentimiento para el tratamiento y puedo negarme a firmar esta autorización.

**Nombre Del Estudiante:**

---

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_M \_\_\_F

**SI ( ) Doy Permiso que mi hijo/a sea visto por el dentista**

Firma de Padre/ Guardián legal asignado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**NO ( ) Doy Permiso que mi hijo/a sea visto por el dentista**

Firma de Padre/ Guardián legal asignado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

## Nombre y Contacto de Padres/ Guardián legal asignado:

Sr./Sra./Srta.	Nombre	Apellido
Dirección postal		Apt. No.
Ciudad, Estado, Código Postal	Correo Electrónico de Padres/Guardián legal asignado	
Teléfono de contacto	Firma de Padres/Guardián legal asignado	Fecha

## Nombre y Contacto en Caso de Emergencia:

Sr./Sra./Srta.	Nombre	Apellido
----------------	--------	----------

## Teléfono de contacto

## Información Médica

*(Haga el favor de marcar su respuesta con una 'X' para indicar si hijo/a ha tenido alguna de la siguientes enfermedades o problemas)*

- Asma
- Diabetes
- Enfermedad cardiovascular
- ¿Esta tomando alguna medicación?
- ¿Se encuentra bajo el cuidado de un medico?
- ¿Ha sido hospitalizado durante los últimos cinco años?
- Si es así, por que razon \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha sido puesto a dormir para una operación?
- Si es así, por que razon \_\_\_\_\_
- ¿Algunas reacciones adversas? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún problema del corazón? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene alguna alergia? \_\_\_\_\_ a medicamentos? \_\_\_\_\_
- ¿Hay alguna otra información acerca de su salud, que debemos saber? \_\_\_\_\_
- 
- ¿Tiene su hijo/a un dentista?
- Si es así, indica el nombre del dentista \_\_\_\_\_

**Firma de Padres/Guardián legal asignado**

**Fecha**