

SMILEMOBILE PATIENT REGISTRATION/REGISTRO DE PACIENTES

PLEASE PRINT / USAR LETRA DE MOLDE

Nombre del/a paciente

Patient Name _____
Last/APELLIDO **First/PRIMER NOMBRE** **Middle/SEGUNDO NOMBRE**

Birthdate/FECHA DE NACIMIENTO _____

Padre de fam./Tutor legal

Parent/Guardian Name _____
Last/APELLIDO **First/PRIMER NOMBRE** **Middle/SEGUNDO NOMBRE**

Address/DIRECCIÓN DE CORREO _____

City/Ciudad _____ **Zip Code/ C.P.** _____

Phone/Teléfono () _____ **message phone ()** _____
No. de mensajes

Are you this child's legal guardian? ¿Es Ud. el tutor legal del menor? Yes/SÍ _____ No _____

If not, who is? ¿Si no, quién es?

Parentesco con el/a menor

Name/Nombre _____ **Relationship to child** _____

AUTHORIZATION AND CONSENT

I authorize and consent for my child to be seen by the SmileMobile dentist for an examination and recommended treatment for my child, this may include the use of local anesthetic agents, x-rays, Silver Diamine/topical fluoride, sealants and routine dental materials of the Arcora Foundation - SmileMobile Program.

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO

Autorizo y doy mi consentimiento para que mi hijo sea visto por el dentista de SmileMobile para un examen y el tratamiento recomendado para mi hijo, esto puede incluir el uso de agentes anestésicos locales, radiografías, Silver Diamine / fluoruro tópico, selladores y materiales dentales de rutina de la Fundación Arcora - Programa SmileMobile.

Signed/Firmado/a _____ **Date/Fecha** _____

I Consent for Photographs for Program Promotion

Yes/SÍ _____

No _____

Doy mi consentimiento para fotografías para la promoción

Witness _____ **(over /véase al dorso)**