

CM Vera DMD
MW Panagiotu DDS
 41 Lancaster Street, Worcester, MA 01609
 508-754-9825
Historial de Salud Infante

Nombre de Infante _____ F. de Nac. _____
 Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
 Coreo Electrónico _____ Teléfono Móvil _____

1) ¿Algún doctor se encuentra tratando a su niño(a) ahora por enfermedad? Sí No
 Explique _____

2) ¿Su infante se encuentra tomando medicamentos en este momento?

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	DÓSIS	RAZÓN

3) ¿Su infante ha tomado medicamentos en el pasado? Sí No
 Explique _____

4) ¿Su infante tiene alergias o reacciones inusuales ante lo siguiente? a) Medicamentos Sí No
 Alimentos Sí No Látex Sí No
 b) Otros Sí No
 Explique _____

5) ¿Su infante alguna vez ha sido hospitalizado(a)? Sí No
 Explique _____

6) ¿Se ha sometido a su infante a alguna operación? Sí No
 Explique _____
 a) ¿Se usó anestesia general? Sí No
 b) ¿Hubieron complicaciones? Sí No
 Explique _____

7) ¿Las vacunas de su infante se encuentran al día? Sí No

8) Por favor marque solo si su hijo/a ha tenido alguno de los siguientes síntomas:

- ADD
- ADHD
- Anemia
- Afección Congénita Corazón
- Malestar Renal
- Asma
- Convulsiones/Ataques
- Leucemia
- Autismo
- Diabetes
- Retraso Mental
- Transfusiones de Sangre
- Epilepsia
- Úlceras Orales
- Defectos de Nacimiento
- Problemas de Ojo
- Problemas Ortopédicos
- Problemas huesos o Artics.
- Problemas de Sangrado Extremo
- Nacimiento Prematuro
- Lesión Cerebral
- Nausea Excesiva

- Fiebre Reumática
- Moretones con Facilidad
- Desmayo o Mareos
- Escoliosis
- Cáncer o tumores malignos
- Problemas de Crecimiento/Desarr.
- Anemia Células Falsif.
- Parálisis Cerebral
- Problemas de Escucha/Habla
- Síndrome
- Abuso Infantil
- HIV
- Tuberculosis
- Adenoides/Amígdalas Crón.
- Soplo Cardíaco
- Otro
- Dolores Cabeza Crónicos
- Hemofilia
- Infecciones de Oído Crón.
- Hepatitis o Malestar de Hígado
- Labio/paladar Leporino
- Hiperactividad

Firma de Custodia Legal

Nombre de Imprenta

Fecha

Doctor/Fecha



41 Lancaster Street Worcester, MA 01609

Consentimiento para Tratamiento Dental

_____ Solicito y autorizo a los médicos y al personal a limpiar, limpiar y proporcionarle a mi hijo/a un tratamiento dental de rutina que puede incluir radiografías, empastes, coronas, extracciones y anestesia local. Entiendo que el tratamiento dental para niños incluye esfuerzos para guiar su comportamiento al ayudarlos a comprender el tratamiento en términos apropiados para su edad. Worcester Kids' Dentist proporcionará un entorno que ayudará a los niños/a a aprender a cooperar durante el tratamiento mediante el elogio, la explicación y la demostración de procedimientos e instrumentos, y mediante el uso de un tono de voz variable. Entiendo que seré responsable de los gastos incurridos en este niño para el tratamiento dental.

FOTOGRAFÍA FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO / LIBERACIÓN PARA MENORES DE EDAD (MENORES DE 18 AÑOS)

_____ Doy permiso al personal de Worcester Pediatric Dental Group, Inc. (en lo sucesivo denominado, WKD), para que tome y use: fotografías de mi hijo/a para su uso en comunicados de prensa, redes sociales y / o materiales educativos de la siguiente manera: publicaciones impresas o materiales, publicaciones electrónicas, o sitios web. Estoy de acuerdo en que el nombre de mi hijo puede ser revelado en texto descriptivo o comentarios en relación con la (s) imagen (es). Autorizo el uso de estas imágenes sin compensación para mí, sin vencimiento. Todas las imágenes y reproducciones serán propiedad de WKD.

_____ NO concedo permiso al personal de Worcester Pediatric Dental Group, INC. (En lo sucesivo, denominado WKD), para que tome y use fotografías de mi hijo/a para uso público. Entiendo, sin embargo, que las fotos pueden necesitar ser tomadas con fines clínicos, como para documentar

patología, tratamiento o para registros de ortodoncia. El consentimiento para estas fotos se obtendrá caso por caso.

_____Tengo el derecho de solicitar una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de esta oficina.

Firma del Tutor Legal

Imprimir Nombre

Fecha