

**CM Vera DMD, MPH
MW Panagiotu DDS**
41 Lancaster Street Suite 100
Worcester, MA 01609
508-754-9825
Historial de Salud Infante

Nombre Infante _____ F. de Nac. _____

1) ¿Su niño(a) fue prematuro(a) Sí No

2) ¿Hubo alguna dificultad durante el embarazo, nacimiento, o primer año? Sí No

Explique _____

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

Explique _____

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

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	DÓISIS	RAZÓN

5) ¿Su infante ha tomado medicamentos en el pasado? Sí No

Explique _____

6) ¿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 _____

7) ¿Su infante alguna vez ha sido hospitalizado(a)? Sí No

Explique _____

8) ¿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 _____

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

10) ¿Su infante ha sido diagnosticado alguna vez de lo siguiente? Favor de marcar Sí o No..

- | | | |
|---|---|---|
| S N | S N | S N |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Afección Congénita Corazón | <input type="checkbox"/> Malestar Renal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Ataques | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Retraso Mental |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones de Sangre | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Úlceras Orales |
| <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento | <input type="checkbox"/> Problemas de Ojo | <input type="checkbox"/> Problemas Ortopédicos |
| <input type="checkbox"/> Problemas huesos o Artics. | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado Extremo | <input type="checkbox"/> Nacimiento Prematuro |
| <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral | <input type="checkbox"/> Nausea Excesiva | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Moretones con Facilidad | <input type="checkbox"/> Desmayo o Mareos | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o tumores malignos | <input type="checkbox"/> Problemas de Crecimiento/Desarr. | <input type="checkbox"/> Anemia Células Falsif. |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas de Escucha/Habla <input type="checkbox"/> Síndrome | |
| <input type="checkbox"/> Abuso Infantil | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Adenoides/Amígdalas Crón. | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Dolores Cabeza Crónicos | <input type="checkbox"/> Hemofilia | |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de Oído Crón. | <input type="checkbox"/> Hepatitis o Malestar de Hígado | |
| <input type="checkbox"/> Labio/paladar Leporino | <input type="checkbox"/> Hiperactividad | |

Firma de Custodia Legal

Nombre de Imprinta

Fecha

Doctor/Fecha

CM Vera DMD, MPH
MWPanagiotu DDS
41 Lancaster Street
Worcester, MA01609
508-754-9825

Salud Dental

1) Por que trajiste a tu hijo/hija al dentista hoy?

2) Cuanto tiempo ha pasado desde el ultimo examen dental de su nino/nina ? _____
Ultima limpieza dental ? _____
Primera Visita ? _____

3) Para la mayoría de beber y cocinar usas : agua de la ciudad agua de pozo agua embotellada

Si bien de embotellado , se ha probado el agua para el fluoruro? No Si

Resultado?

4) Su hijo toma suplementos fluoruro? Si No

Dosis _____ Frecuencia _____

5) Ha habido alguna lesion en la boca o en los dientes ? .. Si No

Por favor indique fechas y descripciones _____

6) Alguna vez su hijo ha chupado el pulgar o los dedos ? Si No

Chupete ?..... Si No

Cualquier otro habito ? _____ Para el pulgar, chupete u otros habitos hasta que edad? _____

7) Su hijo tiene :

Y N

Y N

Y N

Historia De Apnea Sueno

Rechinamiento De Dientes

Ronquidos

Respiracion Bucal Diurna

Mojado En La Cama

Sueno Inquieto

Respiracion Bucal Nocturna

Deficiencia Auditiva

Problemas del Habla

Infeccion Frecuente Del Oido Medio

Alergias Ambientales

8) Le han informado de cualquier dientes perdidos o extra permanentes ? Si No

9) Hay sonidos inusuales en el oido (haciendo clic) durante la alimentacion ? Si No

10) Ha tenido su hijo alguna vez un examen ortodontico o tratamiento ortodontico? Si No

11) Su hijo va a dormir con un botella, con una taza sippy o esta amamantando? Si No
Hasta que edad ? _____

12) Es su hijo nervioso o temerario durante visitas dentales ? Si es asi , Circule

Menos Nervioso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mas Nervioso

13) Seria util si usted indica a continuacion que casa que esta buscando mas en la eleccion de un dentista pediatrico. _____

14) Ha tenido su hijo alguna experiencia medica o dental desfavorable? Si No

Si es asi explique _____

Firma de Custodia Legal

Nombre de Imprente

Fecha

Doctora/Fecha

CM Vera DMD, MPH
MW Panagiotu DDS
41 Lancaster Street Suite 100
Worcester, MA 01609
508-754-9825

Información de Paciente

Fecha _____

Apellido Nombre Inicial Nombre Medio Género FechaNac.

Núm. Seguridad Social: Dirección Hogar Ciudad/Población/Zip

Teléfono Móvil Teléfono Casa Tel. Trabajo/Madre Tel. Trabajo/Padre

Dirección Email Método de Contacto Preferido

Nombre Padre Fecha Nac. SSN # Ocupación/Empleador

Nombre Madre Fecha Nac. SSN # Ocupación/Empleador

Sobre los Padres Solteros Separados Casados Divorciados Viudo(a)

Información de Custodia:

1. Custodia Compartida: Indicar nombre de cada Padre/Tutor _____ y _____

****La autorización por escrito a cargo del padre y/o guardián que no asista debe de recibirla el dentista de Worcester Kids antes de comenzar cualesquier tratamiento.**

2. Custodia exclusiva: Indicar nombre _____

Indique relación con el infante: _____

***Se debe de proporcionar una copia de la Orden de Corte más reciente al Dentista de Worcester Kids antes de comenzar cualesquier tratamiento.**

Dentista Previo/Familiar Dirección: Teléfono

Doctor de Infante Teléfono Condiciones/alertas médicas urgentes

¿Cómo supo de nosotros? Sitio web Por mención de

Último día de limpieza: Última fecha R-X más recientes

CM Vera DMD, MPH
Matthew W. Panagiotu DDS
41 Lancaster Street Suite 100
Worcester, MA 01609
508-754-9825
POLÍTICA FINANCIERA

Con el fin de evitar cualquier malentendido, deseamos revisar nuestra Política Financiera antes de que usted o su niño(a) inicie tratamiento dental en nuestro consultorio.

Plasmar Iniciales a continuación:

- ✓ El pago se espera para el tratamiento brindado al momento del servicio. Aceptamos MC/Visa/Discover/Débito, cheques y efectivo. Para servicios amplios, ofrecemos planes de pago
- ✓ Si usted requiere de una opción de financiamiento amplio, también funcionamos con Care Credit, que ofrece plazos de 3, 6, 12 18 o más meses “igual que efectivo”, con interés de cargo revolvente diseñado para satisfacer sus necesidades de plan de tratamiento, para crédito aprobado. Consulte a nuestro personal de cobranza acerca de Care Credit.
- ✓ Una cuota de cheque devuelto de \$15 se cargará por cualquier cheque devuelto.
- ✓ Una cantidad específica de tiempo se reserve espacialmente para usted o su niño(a), y pedimos encarecidamente a los pacientes a respetar sus citas. Si usted requiere cambiar su cita, requerimos al menos 24 horas de aviso.
- ✓ Después de la segunda cita no respetada “no llama / no se presenta”, habrá un cargo de \$30.
- ✓ Estoy de acuerdo en pagar una cuota de servicio de \$30 en caso de que mi cuenta pase a cobros.
- ✓ En caso de divorcio, el pariente que traiga al infante al consultorio será responsable financieramente.
- ✓ Enviaremos una estimación previa a su compañía de seguros, de solicitarse.

POLÍTICA FINANCIERA PARA PACIENTES CON SEGURO DENTAL

Usted deberá proporcionarnos la información de abonado (nombre, fecha de nacimiento, Num. SS, empleador, Núm. ID y/o Núm. Grupo), así como el nombre y dirección de su compañía de seguros. Cualesquier preguntas específicas que usted pueda tener acerca de su cobertura de seguro deberá formularse de parte suya, directamente a su compañía de seguros. Es responsabilidad del paciente el confirmar que el Dentista de Worcester Kids esté listado como proveedor en su plan específico.

Como cortesía a los pacientes, presentaremos un reclamo de seguro a su compañía. Recopilaremos co-pago estimado y deducible de usted al realizar el servicio, y su compañía de seguros pagará a nuestro consultorio directamente. Procuraremos determinar beneficios cuando usted o su infante reciban tratamiento, pero considere su co-pago como **estimación** hasta que recibamos el pago efectivo de su aseguradora.

Por favor tenga presente que cualquier información que proporcionemos en relación a sus beneficios de seguros es únicamente nuestra mejor **estimación**, y no es garantía del pago que se recibirá.

Nombre: _____

Imprenta: _____

Fecha: _____

Siempre apreciamos sus comentarios, ya sean de naturaleza positiva o negativa. Sin su crítica, no tenemos forma de determinar como mejorar nuestra práctica. ¡Deseamos dar respuesta adecuada a sus necesidades y su retroalimentación es esencial para nuestra comprensión de sus necesidades!

CM Vera DMD, MPH
MW Panagiotu DDS
41 Lancaster Street Suite 100
Worcester, MA01609
508-754-9825

Información de Seguros

Compañía de Seguro Dental Primaria

Nombre _____

Nombre de Asegurado _____

SS# _____

F. Nac. Abonado _____

Ciudad, Estado _____

Empleador de Asegurado _____

Compañía de Seguro Dental Secundaria

Nombre _____

Nombre de Asegurado _____

SS# _____

F. Nac. Abonado _____

Ciudad, Estado _____

Empleador de Asegurado _____

Persona Responsable de la Cuenta

Dirección para Facturación

Autorizo a mi(s) compañía(s) de seguros a pagar beneficios directamente a mi dentista. Entiendo que todas las pólizas son diferentes y soy responsable por conocer las provisiones de mi plan. Entiendo que seré responsable por todo co-pago, deducible y cargos rechazados

Firma

Fecha

Autorización para Tratamiento Dental

Yo solicito y autorizo a Dra. Vera o Dr. Pangiotu así como su personal para examinar, limpiar y dar a mi niño(a) tratamiento dental rutinario que puede incluir rayos x, empastes, coronas, extracciones y anestesia local. Comprendo que el tratamiento dental para los niños incluye esfuerzo para guiar su comportamiento, ayudándoles a comprender el tratamiento de acuerdo a su edad. Dra. Vera y Dr. Panagiotu proporcionarán un ambiente conducente para que los infantes aprendan a cooperar durante el tratamiento usando elogio, explicación, y demostración de procedimientos e instrumentos, usando tono de voz variable. Comprendo que seré responsable de cualquier cargo relativo a este infante por tratamiento dental

Firma de Guardian Legal

Nombre de Imprinta

Fecha

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.

Si _____ NO _____

Firma del Tutor Legal

Imprimir Nombre

Fecha

RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

* Puede negarse a firmar este acuse de recibo

_____ He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Sólo Para Uso de Oficina

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- Individual se negó a firmar.
- una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento

CM Vera DMD, MPH
Matthew W. Panagiotu DDS
41 Lancaster Street Suite 100
Worcester, MA 01609
508-754-9825

Nuestra práctica ve a muchos niños de diferentes ámbitos de la vida. Le pedimos que certifique que tiene autoridad legal para tomar decisiones de atención médica para su hijo y para actualizarnos si la autoridad cambia a través de la adopción, el divorcio u otras circunstancias. De vez en cuando, se le pedirá que vuelva a ejecutar este formulario, junto con otros documentos importantes en los registros médicos / dentales de su hijo.

Yo tengo la autoridad legal para consentir el tratamiento del niño que se detalla a continuación. Si la autoridad está relacionada con una resolución judicial o una orden judicial, adjunto una copia de la documentación pertinente. Acepto actualizar este formulario si cambian mis derechos legales.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Tenga en cuenta: solo un tutor legal o uno de los padres con custodia puede dar su consentimiento a procedimientos tales como el tratamiento con óxido nitroso y extracciones. Tenga en cuenta que cuando su hijo entre para un procedimiento que requiere consentimiento por escrito.

Firma del tutor legal _____

Imprimir el nombre _____

Fecha _____