

**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	DÓSIS	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

- Anemia
- Asma
- Autismo
- Transfusiones de Sangre
- Defectos de Nacimiento
- Problemas huesos o Artics.
- Lesión Cerebral
- Moretones con Facilidad
- Cáncer o tumores malignos
- Parálisis Cerebral
- Abuso Infantil
- Adenoides/Amígdalas Crón.
- Dolores Cabeza Crónicos
- Infecciones de Oído Crón.
- Labio/paladar Leporino
- Malestar Renal
- Retraso Mental
- Problemas Ortopédicos
- Fiebre Reumática
- Anemia Células Falsif.



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 Apena 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 ortodoncio o tratamiento ortodontico?

Si  No

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

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 dentist pediatrico. \_\_\_\_\_

14) Ha tenido su hijo alguna experencia 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**

**Compañía de Seguro Dental Secundaria**

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

F. Nac. Abonado \_\_\_\_\_

F. Nac. Abonado \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado \_\_\_\_\_

Empleador de Asegurado \_\_\_\_\_

Empleador de Asegurado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 Imprenta

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.

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 \_\_\_\_\_

Worcester Kids' Dentist  
41 Lancaster Street  
Worcester, MA 01609

**Covid-19 Tratamiento Dental Pandémico  
Formulario de Aviso y Reconocimiento de Riesgo**

Nuestro objetivo es proporcionar un ambiente seguro para nuestros pacientes y personal, y avanzar en la seguridad de nuestra comunidad local. Este documento proporciona información que le pedimos que reconozca y comprenda sobre el virus COVID-19.

\_\_\_\_\_ El virus COVID-19 es una enfermedad grave y altamente contagiosa que puede contraer de diversas fuentes. Nuestra práctica quiere asegurarse de que conozca los riesgos de contraer COVID-19 asociado con el cuidado dental.

\_\_\_\_\_ El virus COVID-19 tiene un largo período de incubación. Usted, su hijo/a o sus proveedores de atención médica pueden tener el virus y no mostrar síntomas y aun así ser altamente contagiosos. Determinar quién está infectado con el COVID-19 es desafiante y complicado debido a la disponibilidad

limitada para la prueba de virus. Debido a la frecuencia y el momento de las visitas de otros pacientes dentales, las características del virus y las características de los procedimientos dentales, existe un riesgo elevado de contraer el virus simplemente por estar en un consultorio dental.

\_\_\_\_\_ Los procedimientos dentales crean agua pulverizada, que es una de las formas en que la enfermedad se propaga. La naturaleza ultrafina del rocío de agua puede permanecer en el aire durante mucho tiempo, lo que permite la transmisión del virus covid-19 a las personas cercanas. usted o su hijo/a no pueden usar una máscara protectora sobre su boca para prevenir infecciones durante el tratamiento, ya que sus proveedores de atención médica necesitan acceso a la boca para brindar atención. Esto lo deja vulnerable a la transmisión covid-19 mientras recibe tratamiento dental.

\_\_\_\_\_ Confirmando que he leído el aviso anterior y entiendo y acepto que existe un mayor riesgo de contraer el virus covid-19 en el consultorio dental o con el tratamiento dental.

\_\_\_\_\_ Entiendo y acepto el riesgo adicional de contraer COVID-19 por contacto en esta oficina.

\_\_\_\_\_ También reconozco que podría contraer el virus COVID-19 desde fuera de esta oficina y no relacionado con mi visita aquí.

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo la información mencionada anteriormente.

---

Firma / Impresión / Fecha

---

Testigo / Fecha



## Política de cancelación/llegada tardía/cita fallida

Somos conscientes de que su tiempo es valioso. En un esfuerzo por respetar el tiempo de todos con el horario, estamos iniciando la siguiente política:

Reservamos tiempo en nuestro horario especialmente para su hijo y, en consideración a los demás, solicitamos un aviso de al menos 24 horas antes de la cancelación de citas. Entendemos que hay circunstancias que pueden impedirle asistir a la cita de su hijo, sin embargo, si nos avisa con la mayor anticipación posible, podemos comunicarnos con otra familia a la que le gustaría esa cita. Recibirá una carta de advertencia después de la segunda cita perdida y una carta de despido después de la tercera cita perdida. Se les pide a los pacientes que llegan tarde que llamen a la oficina lo antes posible para verificar con el personal si aún podrán asistir a su cita. Si necesita cancelar durante el fin

