

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE HOY: _____
 DIRECCION RESIDENCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 NUMERO DE APARTAMENTO: _____ TELEFONO DE LA CASA: () - _____
 CIUDAD, ESTADO, ZIP: _____ TELEFONO DEL TRABAJO: () - _____
 NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ TELEFONO CELULAR: () - _____
 NUMERO DE LICENCIA: _____ TELEFONO DE EMERGENCIA: () - _____

Si No
Tiene seguro dental?
Usted es el que subscritor?

Si no por favor denos la Infomacion del suscriptor

- Nombre: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- NSS or ID #: _____

Por favor dar la siguiente informacion:

Nombre de su compania: _____
 Direccion: _____
 Ciudad, Estado, Zip: _____
 Telefono: _____

Es usted?... Casado Soltero Divorciado Viudo Otro

Es usted alreigico o ha tenido alguna reaccion a alguno de los siguientes medicamentos?

- | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anesteticos Locales
(e.g. Novocaina) | <input type="checkbox"/> Penicillina o
otros antibioticos | <input type="checkbox"/> Medicamentos a
base de sulfa | <input type="checkbox"/> Aspirina |
| <input type="checkbox"/> Sedantes | <input type="checkbox"/> Barbituricos | <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| Si No | Si No | Si No | Si No |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataque Cardiaco |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapaso Cardiaco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataques de Falta de Aire | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apoplejia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tobillos Hinchados | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre De Heno/Alergias | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcos/Ataques Repentinos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cansancio Frecuente | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terapia de Radiacion | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipotension | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdida de Peso Reciente | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del Higado | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problema de Tiroides | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problema del Corazon | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de los rinones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infeccion de SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas Estomacles/Ulceras | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulacion/Implante | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Si Es Mujer...

Si No Esta usted embarazada? **Si No** Esta usted amamantando? **Si No** Esta tomando pildoras anticonceptivas?

Tienes usted antecedentes medicos serios? Por Favor darnos la informacion correcta

Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esta actuamente bajo tratamiento medico? _____	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> alguna vez ha tomado Fen-Phen/Redux?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha sido hospitalizado alguna vez? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ingiere bebidas alcoholicas, cocaine, fuma o otras drogas? _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esta tomado algun medicamento Includendo medicinas sin receta?....*	*Si es afirmativo, cuales son _____

Dejenos saber sobre su historia dental.

Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha sufrido extracciones dificiles en el pasado?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se le ha practicado algun trabajo de ortodoncia?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha sangrado prolongadamente despues de una extraccion?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aprieta o cruje usted los dientes?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Siente dolor en alguno de los dientes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Son sus dientes sensibles a frios o calientes?

Certifico que he leído y entendido la información anterior. Las preguntas anteriores han sido contestadas con exactitud, a mi mayor saber y entender. Entiendo que suministrar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

FIRMA: _____

FECHA: _____

continuar ...

POLITICAS DE CANCELACION Y AUSENCIA
MANASSAS PARK FAMILY DENTISTRY
9115 ANDREW DR.
703 530 9000

El horario de la oficina es solamente con cita, porque nosotros valoramos el tiempo. Esta es una oficina de practica dental privada y no una "clinica" dental. Cada cita es reservada para usted solamente.

Cuando sea apropiado nosotros preferimos organizar las citas mas largas de esta forma podemos completar un tratamiento dental. Nosotros creemos que de esta manera causaremos menos interrupciones a su agenda de actividades diarias y asi su cuidado dental sera muchos mas eficiente. Cuando haga una cita, porfavor asegurese de anotarla o de recordarse; las citas por mañana son las mas adecuadas para procedimientos complicados.

Emergencias y pacientes con algun problema dental pueden presentarse dando lugar a cambios de citas. Las emergencias son inesperadas y suelen presentarse en el momento menos oportuno.

Si usted tiene una emergencia dental que necesita atencion inmediata, nosotros siempre le daremos la atencion que requiere. Esperamos que los pacientes que estan esperando, comprendan que es una situacion de emergencia porque en algun momento ellos lo van a necesitar tambien.

A diferencia de otras oficinas esta no llama a nadie para confirmar ninguna cita. Porfavor anote su cita dental y coloquela en un lugar donde le sea mas facil recordarla y si no puede venir a su cita programada, porfavor haganoslo saber. Habra un cargo de \$ 25.00 por treinta minutos de tiempo programado en la agenda o cancelacion en menos de 24 horas para citas antes de las 4:00 pm. De Lunes a Viernes.

Cuando no se presente a una cita o la cancele sin una notificacion de 24 horas despues de las 4:00 pm. De Lunes, Viernes y sabado el cargo es de \$ 50.00 de tiempo programado.

Nuestro personal cubre con otro paciente-el tiempo de su cita, no habra ningun cargo por perder la cita.

Si tiene alguna pregunta acerca de cancelacion de citas o por no presentarse porfavor sientase con confianza de preguntar.

GRACIAS.....

*Manassas Park Family Dentistry
9115 Andrew Dr.
Manassas Park Va. 20111
Phone: 703-530-9000 Fax: 703-367-9488
To the Attention of: Insurance patients*

I saw Dr. Ajandeh, for my dental procedures.

*I _____ understand if my insurance refuses to
cover any service(s) performed, I am responsible for the amount that
was not covered.*

Signature: _____ Date: _____