

# WELCOME TO VIRGINIA DENTAL GROUP PLLC

DR Lida M. Vargas, D.D.S.  
3911 Old Lee Hwy Ste 42C  
Fairfax, VA 22030

DR SANTIAGO RUEDA D.D.S.  
Phone (703) 385-3800  
Fax (703) 890-0084

## PATIENT INFORMATION/ INFORMACION DEL PACIENTE

<b>Full Name:</b> _____ Nombre Completo	<b>Date:</b> _____ Fecha
<b>Birth Date:</b> _____ Fecha de Nacimiento	<b>SSN:</b> _____ - _____ - _____
<b>Address:</b> _____ Dirección	<b>Apt#</b> _____
<b>City</b> _____ Ciudad	<b>State</b> _____ <b>Zip</b> _____ Estado Código Postal
<b>Home Phone:</b> _____ Teléfono de Casa	<b>Cell:</b> _____ Celular
<b>Employer:</b> _____ Empleador	<b>Work#:</b> _____ Trabajo#
<b>Marital Status:</b> <input type="radio"/> Married/Casado(a) <input type="radio"/> Single/Soltero(a) <input type="radio"/> Divorced/Divorciado <input type="radio"/> Widowed/Viudo <input type="radio"/> Separated	
<input type="radio"/> MALE	
<input type="radio"/> FEMALE	

<b>**EMAIL:</b> _____	<b>**Referred By:</b> _____ <b>** Refirio de</b>
-----------------------	---

<b>Emergency Contact:</b> _____ Contacto de Emergencia	<b>Phone#:</b> (____) _____ - _____ Teléfono
---	---

## PRIMARY INSURANCE INFORMATION/ INFORMACIÓN DE SEGUROS PRIMARIA

<b>Policy Holder Full Name:</b> _____ Nombre Completo del Asegurado	<b>Birth Date:</b> _____ Fecha de Nacimiento
<b>Member ID:</b> _____ Numero de Identificación	<b>SSN:</b> _____ - _____ - _____
<b>Employer:</b> _____ Nombre del Empleador	
<b>Ins Company:</b> _____ Compañía de Seguros	<b>Group#:</b> _____ Número de Grupo

## SECONDARY INSURANCE INFORMATION/ INFORMACIÓN DE SEGUROS SECUNDARIA

<b>Policy Holder Full Name:</b> _____ Nombre Completo del Asegurado	<b>Birth Date:</b> _____ Fecha de Nacimiento
<b>Member ID:</b> _____ Numero de Identificación	<b>SSN:</b> _____ - _____ - _____
<b>Employer:</b> _____ Nombre del Empleador	
<b>Ins Company:</b> _____ Compañía de Seguros	<b>Group#:</b> _____ Número de Grupo

**\*\*\*FAIL TO GIVE 24 HOUR NOTICE TO CANCEL/RESCHEDULE APPT WILL BE A \$35 CHARGE\*\*\***  
**\*\*\*SIN AVISO MINIMO DE 24 HORAS PARA CANCELAR/CAMBIAR SU CITA, UN COBRO DE \$35 SERA APLICADO A SU CUENTA\*\*\***