



**INFORMACION de PACIENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 CALLE: \_\_\_\_\_ GÉNERO: Masculino o Femenino  
 CIUDAD: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO: \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_ (Cellular o Trabajo)  
 En caso de emergencia, Llame: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**AGENCIA REFERIDO**

Marque la agencia de donde usted es un paciente.

- DelValle Wellness    El Buen Samaritano Clinic    People's Community Clinic    Volunteer Clinic    H A M  
 Pflugerville    Round Rock Clinic    YMCA/RR    Otra: \_\_\_\_\_



**HISTORIAL MÉDICO**

Complete por favor.

Nombre de su doctor:	La fecha de su última visita dental:
Ha sido sometido a cirugía o por un enfermedad grave?	Si responde si, porfavor explique:
Ha estado hospitalizado en el ultimo año?	Si es mujer, está embarazada? Trimestero:
Está tomando medicamentos? Por favor, lista:	Es alérgico(a) a algun droga o medicamento? Lista:

Tiene o ha tenido usted cualquiera de los siguientes problemas?

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alérgico a Latex           | <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> HIV positivo or CIDA         | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiacion |
| <input type="checkbox"/> Soplo al Corazón           | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Reemplaza de la articulacion | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática         |
| <input type="checkbox"/> Prolapso mitral de válvula | <input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsiones | <input type="checkbox"/> Tratamiento de riñón         | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis   |
| <input type="checkbox"/> Anemia                     | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón    | <input type="checkbox"/> Tratamiento de órganos       | <input type="checkbox"/> Ataque cerebral          |
| <input type="checkbox"/> Artritis                   | <input type="checkbox"/> Cirugia de Corazón      | <input type="checkbox"/> Problemas de pulmones        | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             |
| <input type="checkbox"/> Asma                       | <input type="checkbox"/> Hepatitis               | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico     | <input type="checkbox"/> Ulcera                   |
| <input type="checkbox"/> Problemas Hemorragia       | <input type="checkbox"/> Presion sanguinea alta  |   | <input type="checkbox"/> Enfermedades veneéreas   |

**CONSENTIMIENTO**

Firme por favor.

**St. David's Dental Program** es una clínica dental móvil. Recorre las agencias y las escuelas cerca de Austin para proveer cuidado dental **GRATIS**. Si recibe tratamiento, por favor entienda que:

- Si es necesario, podemos administrar medicamentos sin receta, como Tylenol.
- Algunos tratamientos dentales pueden precisar de anestesia local. No se utiliza nitrous oxide ni drogas sedantes.
- Medicamentos recetados son a veces necesarios. Si ese es el caso, estos medicamentos no se dispensan en la clínica móvil. Si es necesario, le daremos una receta médica para ir a la farmacia para que usted lo pueda comprar.

**FIRMA X:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Su nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Indique en el bloque la raza de usted. Este información se quedará privada y nos ayudará con nuestra colección de data.

- anglosajón    latino(a)    negro/afroamericano    indoamericano/nativo de Alaska  
 asiático    multiracial    desconocido    otra: \_\_\_\_\_

Record entered/updated by: \_\_\_\_\_