



Bienvenida a Presidential Women's Center

Gracias por elegir a Presidential Women's Center. El primer paso en el proceso de hoy es completar su historia médica y las formas de consentimiento. Las próximas páginas contienen información importante tanto para usted como para nosotros. Las formas le pueden parecer demasiado, pero tome su tiempo, y llénelas completamente y si tiene alguna pregunta, usted tendrá la oportunidad de hablar con alguien en privado para discutir cualquier duda que pueda tener. Presidential Women's Center se enorgullece en satisfacer las necesidades de cada paciente individualmente. Si hay algo con lo cual la podemos ayudar durante su visita, por favor informe a alguien del personal y nosotros haremos lo mejor posible para acomodarla.

Otra vez, gracias por elegir a Presidential Women's Center.

Fecha \_\_\_\_\_ S. S. # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Referida por \_\_\_\_\_

Primer día del último período menstrual (regla) \_\_\_\_\_

Familiar más cercano/ Persona en caso de emergencia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Persona que la llevará a casa \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Usted tiene Medicaid? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Usted tiene Seguro Médico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

De acuerdo a mi conocimiento, la información anterior es correcta.

\_\_\_\_\_ Firma del Paciente

\_\_\_\_\_ Testigo