



Gracias por elegir a Presidential Women's Center. Por favor tome su tiempo para completar su información personal y historia medica. Si hay algo que podemos hacer para que su experiencia sea mejor, por favor infórmenos y haremos todo lo posible para satisfacer sus necesidades.

Información Personal

Nombre del Paciente: _____
 Primero Segundo Apellido

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Celular _____ Trabajo _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Estado Civil _____ Raza _____

Empleo _____ Ocupación _____

¿Referida por? _____ Primer día del último periodo menstrual (regla) _____

Nombre de persona en caso de emergencia _____ Teléfono _____
 Relación _____

Nombre de persona que la llevara a casa _____ Teléfono _____
 Relación _____

¿Usted tiene Medicaide? Si No ¿Usted tiene Seguro Medico? Si No

Reproductive History:

Date	Vaginal Delivery	C-Section	Complications Y/N	Describe:

Date	Abortion	Miscarriage	Ectopic	Complications Y/N	Describe: