

☐ St. Petersburg Woman's  
Health Center, Inc.  
3401 - 66th Street North  
St. Petersburg, Florida 33710  
Phone: (727) 381-6620

☐ Tampa Woman's  
Health Center, Inc.  
2010 E. Fletcher Ave.  
Tampa, Florida 33612  
Phone: (813) 977-6176

☐ Bread and Roses  
Woman's Health Center  
1560 S. Highland Avenue  
Clearwater, Florida 33756  
Phone: (727) 446-2690  
Emergency: (727) 562-6796

## MEMBERS: NATIONAL ABORTION FEDERATION

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Agradecemos tomar su tiempo para proveernos la siguiente información. For favor contestar completamente cada pregunta y escribir claramente. Si tiene alguna pregunta, nuestro personal esta disponible para contestarle.

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono de su Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Telefono de su Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de Naicmiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

(Marque 1) ☐ Casada ☐ Sotera ☐ Viuda ☐ Divorciada ☐ Separada

Nombre de su Esposo \_\_\_\_\_ Trabajo de su Esposo \_\_\_\_\_

Tiene usted seguro Medico? ☐ Si ☐ No

Nombre de la Compañia de Seguro \_\_\_\_\_ N° de Polisa # \_\_\_\_\_

Fue paciente aquí antes? ☐ Si ☐ No Si fue cuando? \_\_\_\_\_

Fue su apellido el miso en esa época? ☐ Si ☐ No Si no, cual era? \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, a quien se llama? (Si usted tiene 18 años o menos estos son su padres o tutor.)

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Teléfono durante el dia (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono en el Noche (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE REFERRAL

Como supo de nuestro centro? (Por favor marque uno.)

☐ Gufa Telefónica (Paginas blancas) - En el directorio de que ciudad? \_\_\_\_\_

☐ Gufa Telefónica (Paginas amarillas) - En el directorio de que ciudad? \_\_\_\_\_

☐ Amigo

☐ Doctor \_\_\_\_\_

☐ Enfermera - donde? \_\_\_\_\_

☐ Otro centro de salud de mujéres - cual? \_\_\_\_\_

☐ Cartelera

☐ Periódico - cual? \_\_\_\_\_

☐ Agencia (Como plan familiar, departamento de salud del condado, informacion prepagada de salud)

☐ Conducido por

☐ Otros: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Testigos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_