

 **Wayne Women's Clinic**
OBSTETRICS & GYNECOLOGY • GOLDSBORO, NC

Fecha: ____/____/____

Nombre complete: _____

Primer

Segundo

Apellido

Edad: _____ Raza: _____

Soltera _____ Casada _____ Viuda _____ Divorciada _____ Separada _____ (Marque uno)

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Mes Día Año

Dirección _____ Teléfono# _____ Celular/Movil# _____

Apartado Postal _____ Ciudad _____ Condado _____

Estado _____ Código Postal _____

Lugar de Trabajo _____ Numero de Seguro Social ____/____/____

Tipo de Trabajo _____ Teléfono # _____

Compañía de Seguro de Salud _____

Miembro titular del Seguro _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Mes Día Año

Relación con el titular _____

Como se entero a cerca de la Clínica? _____

Nombre del Medico de Familia _____

Nombre de su Esposo _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Mes Día Año

Edad _____ Fecha de Casamiento _____

Lugar de trabajo de su Esposo _____ Teléfono # _____

Numero de Seguro Social de su Esposo ____/____/____

Liste cualquier medicina que Usted este tomando _____

Sufre de alergias a algún medicamento? _____

En caso de Emergencia, por favor contactar:

Nombre _____ Relacion _____

Direccion _____ Telefono _____

Numero de Teléfono de trabajo _____