

Demografía del Paciente

Nombre del Paciente: _____ **Edad:** _____

Número de embarazos previos:

Vivos _____ Ahora fallecidos _____ Abortos Involuntarios _____ Abortos Voluntarios _____

Residencia del paciente – Condado / Estado:

¿Paciente es casada?

- Si
- No

¿Paciente es de Origen Hispana o Latina?

- No, no soy Hispana/ Latina
 - Si, soy Mexicana, mexicana Americana, Chicana
 - Si, soy Puertorriqueña
 - Si, soy Cubana
 - Si, soy de Otro país
- (especifique país): _____

¿Raza?

- Blanca
 - Negro o Afro Americano
 - Guameño
 - Indio Americano
 - Chino
 - Filipino
 - Japonesa
 - Nativo de Alaska
 - Vietnamesa
 - Otra Isla Pacifica islandés
 - Nativa Hawaiana
 - Samoana
 - Otra Raza (especifique):
- (especifique país): _____

Educación del paciente:

- Octavo Grado
- 9th – 12TH Grado, no diploma
- Escuela Secundaria
- GED completado
- Créditos de universidad, no licenciatura
- Grado Asociado
- Licenciatura
- Maestría
- Doctorado o Grado Professional

Razón por la terminación de embarazo:

- Aborto Electivo
- Aborto realizado por razones sociales o económicas
- Aborto realizado debido a la salud emocional/ psicológica de la paciente
- Aborto realizado debido a la salud física de la madre, pero no pone en peligro la vida
- Aborto realizado debido a una condición física que pone en peligro la vida
- Aborto realizado debido a un defecto genético fetal grave, deformidad o anormalidad
- Aborto realizado debido a incesto
- Aborto realizado por violación

Si hay alguna pregunta que no pudo responder, Por favor dirija con la consejera. Por favor no pregunte en la ventana delantera.