

**PROYECTO GABRIEL®**  
**Hoja de llamadas telefónicas**

Fecha: \_\_\_\_\_ Voluntario: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

¿Permite dejar mensaje?  Sí  No ¿Mejor hora de llamar? \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Vive sólo?  Sí  No Si No, ¿con quién? \_\_\_\_\_

¿Seguro Médico?  Privado  Medicaid  Medicare  Ninguno

Número de Seguro Social o Tarjeta Verde: \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_ Parróquia/Iglesia \_\_\_\_\_

¿ Ha llamado al Proyecto Gabriel antes?  Sí  No

¿ Cómo se enteró de Proyecto Gabriel? \_\_\_\_\_

¿ Cuántos meses de embarazo tiene? \_\_\_\_\_

¿Está usted?  Casada  Soltera

¿ Tiene otros hijos?  Sí  No

¿Están enterados sus padres de su embarazo?  Sí  No

¿ Está el padre del bebé consciente de su embarazo?  Sí  No

Si sí, ¿le ayuda él de alguna manera?  Sí  No

Si sí, ¿cómo le está ayudando? \_\_\_\_\_

¿Cuáles otros fuentes de ingresos/apoyo tiene usted? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted un médico?  Sí  No

¿Está usted considerando un aborto?  Sí  No

Si sí, ¿ha visitado una clínica donde se practican abortos?  Sí  No

¿Necesita?  Canastilla  Asiento de coche  Portador

Cochecillo  Cuna  Ropa de bebé  Fórmula

Alimentos  Pañales  Artículos de bebé  Ropa de Maternidad

---

---

---