

Lorraine V. Diego M.D.  
Gynicologa

REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido                      Primer Nombre                      Inicia

Direccion: \_\_\_\_\_  
Calle                      Ciudad                      Estado                      Zona Postal

Telefono: \_\_\_\_\_      Cellular: \_\_\_\_\_      Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_      Sexo F \_\_\_ M \_\_\_      Edad \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Soltera \_\_\_ Casada \_\_\_ Separada \_\_\_ Divorciada \_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajo O Escuela \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia a quien podemos llamar? \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Quien la refirio con la Dr. Diego? \_\_\_\_\_

Nombre de aseguranz a privada: \_\_\_\_\_ # de poliza \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO DE EXAMEN, TRATAMIENTO, INFORMACION Y BENEFICIOS DE PAGO.

1. YO CONSIENTO Y AUTORIZO A LOS CONSEJEROS, EXAMENES O TRATAMIENTOS QUE SEAN NECESARIOS.
2. YO CONSIENTO Y AUTORIZO TODAS LAS PRUEBAS ADICIONALES QUE SEAN INDICADAS: SI EL MEDICO LO AUTORIZA ESTAS CUENTAS SERAN PAGADAS POR SEPARADO.
3. YO DOY CONSENTIMIENTO QUE LA ASEGURANZA PAGUE DIRECTAMENTE A DR. LORAINTE V. DIEGO.
4. YO DOY MI CONSENTIMIENTO QUE DR. DIEGO DE CUALQUIER INFORMACION A LA ASEGURANZA.
5. ES MI OBLIGACION DE PAGAR, LO QUE LA ASEGURANZA NO PAGUE.

---

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

**\*\*I acknowledge that I read / understand the Notice of Privacy Practices.  
(a copy is on website or in office)**

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**\*Instructions for the Communication of Private Health Information**

Print Patient Name: \_\_\_\_\_

**How would you like us to contact you?**

**Please check off and fill in all the appropriate blanks:**

**\* To Confirm Appointments by Phone**

- Home #: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message?  yes  no
- Work #: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message?  yes  no
- Cell #: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message?  yes  no
- Other #: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message?  yes  no

**\* To Report Test Results**

- Mail to: \_\_\_\_\_
- Fax to: \_\_\_\_\_
- Email: \_\_\_\_\_

(please note: our email address is only to relay results and not to make appointments, contact doctor! staff, health problems, etc.)

Telephone:

- Home #: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message?  yes  no
- Work #: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message?  yes  no
- Cell #: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message?  yes  no
- Other #: \_\_\_\_\_ Can we leave a detailed message?  yes  no

Signature of Patient: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Toda la informacion en esta pagina es **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL!!!**

1. Condicion medica del pasado o presente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quien es su doctor en el presente? \_\_\_\_\_ Telefono? \_\_\_\_\_

2. Antecedente de operaciones/ hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Medicinas, hierbas, vitaminas, pastillas dieteticas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergia a drogas o comida, y tipo de reacciones: \_\_\_\_\_

5. Problema medico familiar: (Quien, que tipo, edad al ser diagnosticado)

Cancer \_\_\_\_\_

Problemas del Corazon/ Hipertension \_\_\_\_\_

Diabetes: \_\_\_\_\_

Problemas de embarazo: \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

6. Historial de menstruacion: Edad al tener su primer periodo \_\_\_; Duracion (# de dias)\_\_\_

Ciclo: Regular/Irregular Cantidad de sangre: Mucho/Poco Dolores: Si/No

Menopausia: Si/No Histerectomia: Si/No Fecha de su ultimo dia de periodo \_\_\_

7. Embarazos: # total de embarazos: \_\_\_\_\_ # de hijos: \_\_\_\_\_ # de perdidas: \_\_\_\_\_

# de hijos prematuros: \_\_\_\_\_ # de abortiones: \_\_\_\_\_ # de raspas: \_\_\_\_\_

Por favor liste en orden sus embarazos previos: (continue atras si es necesario)

Fecha	Lugar	Vag/ Cesarea	Sexo	Peso	Complicaciones
-------	-------	--------------	------	------	----------------

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Ultimo papanicolau/ cuando: \_\_\_\_\_ Papanicolaus anormales en el pasado: Si/No

Si fue anormal, cuando y que tratamientos tuvo: \_\_\_\_\_

Ultimo mamograma/cuando: \_\_\_\_\_ Mamograma anormal en el pasado: Si/No

Si fue anormal, cuando y que tratamientos tuvo: \_\_\_\_\_

9. Infecciones sexuales o genitales: \_\_\_\_\_

10. Metodo de control de nacimiento: Pasado y presente: \_\_\_\_\_

11. Historial social: Soltera/Casada/Separada/Divorciada/Viuda

Tabaco: pasado y presente (# de paquetes/dia, # de anos): \_\_\_\_\_

Alcohol: pasado y presente (# de oz/latas, # de anos): \_\_\_\_\_

Drogas: pasado o presente: \_\_\_\_\_ Algun problema sexual: \_\_\_\_\_

Activamente sexual en el presente: Si/No # de anos juntos: \_\_\_\_\_

# de parejas sexuales en su vida: \_\_\_\_\_ Experiencia lesbiana/bisexual: Si/No

**Yo certifico que esta informacion es correcta.**

FECHA: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_