

**Loraine V. Diego M.D.**

**REGISTRO DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido                  Primer Nombre                  Inicial

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

Telefono: \_\_\_\_\_      Celular: \_\_\_\_\_      Trabajo: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Nombre de aseguranza privada: \_\_\_\_\_ # de poliza \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**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. LORAINIE 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

Loraine Diego, MD

1711 W. Temple St. #7643, Los Angeles, CA 90026

Tel: (213)388-2229

[Por Favor de mandar estas formas antes de su cita- por fax (213)388-1507, o correo electrónico [lorainediego@yahoo.com](mailto:lorainediego@yahoo.com)]

**Notificación de HIPAA:** Reconozco que he leído y entendido el aviso de privacidad y prácticas.

[La forma de HIPAA se puede encontrar en nuestra página de internet o oficina.]

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones de Comunicacion de Informacion de Salud Privada:**

¿Cómo le gustaría que nos contactemos con usted?

Por Favor marque y complete los vacíos apropiados

1.  Podemos mandarle correo electrónico o texto de noticias, eventos, y promociones futuras?
2.  Podemos usar nuestro programa de Curogram para mandarle cita de confirmación de texto?
3. Si no desea usar Curogram, ¿cómo nos podemos comunicar con usted? Por Teléfono:
  - Casa: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No
  - Trabajo: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No
  - Celular: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No
  - Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No
4. ¿Cómo le gustaría recibir sus resultados?
  - Correo a Domicilio: \_\_\_\_\_
  - Fax: \_\_\_\_\_
  - Correo Electronico : \_\_\_\_\_Por Telefono:
  - Casa: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No
  - Trabajo: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No
  - Celular: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No
  - Otro: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_

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

1. Condicion medica del pasado o presente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Quien es su doctor primario? \_\_\_\_\_ Telefono? \_\_\_\_\_
2. Antecedente de operaciones/ hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Medicinas, hierbas, vitaminas, pastillas dieteticas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. 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/ Iregular 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 previous: ( continue atras si es necesario )  

<b>Fecha</b>	<b>Lugar</b>	<b>Vag/ Cesarea</b>	<b>Sexo</b>	<b>Peso</b>	<b>Complicaciones</b>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
8. Ultimo papanicolau / cuando: \_\_\_\_\_ Papanicolaus anormales en el pasado: Si / No  
Si fue abnormal, cuando y que tratamientos tuvo: \_\_\_\_\_  
Ultimo mamograma / cuando: \_\_\_\_\_ Mamograma abnormal en el pasado: Si / No  
Si fue abnormal, 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 al 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: \_\_\_\_\_