

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]

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)

<u>Fecha</u>	<u>Lugar</u>	<u>Vag/ Cesarea</u>	<u>Sexo</u>	<u>Peso</u>	<u>Complicaciones</u>
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: _____