



Peninsula Community Health Services

CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE: Primer: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

ATENCIÓN MÉDICA PREVIA/EXTERNA

Proveedor primario previo: _____

Especialista(s): _____

Visita a la sala de emergencias durante las doce meses previas? Sí / No

Razon(es): _____

ALERGIAS	NOMBRE	REACCIÓN
NINGUNA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LÁTEX <input type="checkbox"/> ANESTESIA	

MEDICAMENTOS (Recetas, Medicamentos de Venta Libre, Suplementos)			
NOMBRE	DOSIS / CONCENTRACIÓN	DIRECCIONES (CANTIDAD/FRECUENCIA)	MOTIVO DEL USO

**Para adicionales, escriba en el reverso del formulario.*

HISTORIAL MÉDICO (HAGA UN CÍRCULO PARA AQUELLOS QUE LE CORRESPONDEN A USTED)		
Trastorno por el consumo de alcohol o el uso de sustancias	Dolor de cabeza	Trastorno de salud mental
Anemia	Preocupaciones sobre el oído	preocupaciones musculoesqueléticas
Problema de sangre (coágulos, hemorragias)	Corazón (Fibrilación Auricular, ICC, CAD/MI)	Osteopenia / Osteoporosis
Presión arterial alta o baja	Colesterol alto	Convulsiones / Epilepsia
Cáncer (quimioterapia/radiación)	Trastorno inmunológico (VIH/SIDA, reumatoide)	Problemas de sueño
Desorden congénito/del desarrollo	Trastorno renal (ERC, cálculo, quiste)	Derrame cerebral (ACV /AIT)
Diabetes	Hígado (cirrosis, grasa, hepatitis)	Problemas de tiroides
Trastorno intestinal (ERGE, etc.)	Enfermedad pulmonar (asma, EPOC, embolia pulmonar)	Trastorno urinario

HISTORIAL DENTAL

Sí | No ¿Algún profesional de la salud le ha recomendado antibióticos antes de un trabajo dental?

Sí | No ¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre, fiebre reumática, endocarditis o una enfermedad cardíaca significativa? (por ejemplo, problemas congénitos, reparación o reemplazo de válvula, CABG/stent, marcapasos, etc.)

Sí | No ¿Está tomando o planea tomar medicamentos para la pérdida de masa ósea (osteopenia/osteoporosis) o trastornos óseos (p. ej., enfermedad de Paget, mieloma múltiple, cáncer metastásico)? [p. ej., Fosamax (alendronato) o Boniva, Actonel, Aredia, Zometa, Reclast, Prolia]

HISTORIAL DE CIRUGIA			
PROCEDIMIENTO	FECHA	GENERO ESPECIFICO	FECHA
<input type="checkbox"/> Apéndice	_____	<input type="checkbox"/> Mama (biopsia, mastectomía)	
<input type="checkbox"/> Bariátrica (manga gástrica, bypass)	_____	<input type="checkbox"/> Colonoscopia / PEEA / biopsia endometrial)	
<input type="checkbox"/> Colectomía (vesícula biliar)	_____	<input type="checkbox"/> Histerectomía / Ligadura de trompas	
<input type="checkbox"/> Colon (pólipo, resección)	_____	OB: Número de embarazos _____ Número de partos _____	
<input type="checkbox"/> Cirugía otorrinolaringológica (tubos de ventilación en los oídos, amigdalectomía)	_____	Número de cesáreas _____ Número de vaginales _____	
<input type="checkbox"/> Corazón (válvula, bypass, marcapasos)	_____		
<input type="checkbox"/> Hernia	_____	<input type="checkbox"/> Circuncisión	
<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación	_____	<input type="checkbox"/> Próstata	
<input type="checkbox"/> Trasplante de órganos	_____	<input type="checkbox"/> Vasectomía	
<input type="checkbox"/> Tiroidectomía	_____		

HISTORIAL FAMILIAR		
HAZ UN CIRCULO PARA AQUELLOS QUE LE CORRESPONDEN A SU FAMILIA		
CONDITION	CONDITION	CONDITION
Trastorno por el consumo de alcohol o el uso de sustancias	Dolor de cabeza	Trastorno de salud mental
Anemia	Preocupaciones sobre la audición	Preocupaciones musculoesqueléticas
Problemas de sangre (coágulos, sangrado)	Corazón (afib, congénita, CAD, CHF)	Osteopenia / Osteoporosis
Presión arterial alta o baja	Colesterol alto	Convulsiones / Epilepsia
Cancer (quimioterapia radiación)	Trastorno inmunológico (VIH/SIDA, reuma)	Problemas de sueño (insomnio, apnea obstructiva del sueño)
Desorden congénito o de desarrollo	Trastorno renal (ERC, cálculos)	Accidente cerebrovascular (ACV/AIT)
Diabetes	Hígado (cirrosis, hígado graso, hepatitis)	Trastorno de tiroides
Gastro (ERGE, úlcera, pólipo)	Enfermedad pulmonar (asma, EPOC, EP)	Trastorno urinario
Comentarios:		

HISTORIAL SOCIAL

(¡AYÚDANOS A CONOCERTE MEJOR!)

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ OCUPACIÓN: _____

AFICIONES: _____

—

ESTADO CIVIL: Soltero/a | Pareja estable | Casado/a | Divorciado/a | Viudo/a

Número de niños: _____ Número de mascotas: _____

○ ¿CONSUME? **TABACO / NICOTINA** Sí No Antes

○ ¿BEBE? **ALCOHOL** Sí No Antes

○ ¿CONSUME? **MARIHUANA U OTRAS DROGAS** Sí No Antes

• ¿TIENE?:

TESTAMENTO VITAL Sí No

PODER NOTARIAL DURADERO

Sí No

INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE			
Apellido legal:		Nombre legal:	
Nombre preferido:		Segundo nombre:	Sufijo:
Fecha de nacimiento: / /	Sexo al nacer: masc/fem	Nombre/apellido anterior:	
Sexo legal: masculino / femenino	Nombre de soltera de la madre:		
Dirección:		Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Correo electrónico del paciente:	
Teléfono móvil:	Teléfono principal: <input type="checkbox"/> Sí	¿Permiso para enviar mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
teléfono residencial:	Teléfono principal: <input type="checkbox"/> Sí	¿Permiso para llamarle? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es usted un paciente de salud escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿en qué escuela? _____		¿Cómo le gustaría recibir el resumen posterior a su visita? <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Portal	
¿Cómo descubrió a nosotros? <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Proveedor de atención primaria <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Palabra de boca <input type="checkbox"/> Paciente en la práctica médica <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Compañía aseguradora <input type="checkbox"/> redes sociales <input type="checkbox"/> Otro _____			
Información de contacto de emergencia			
Nombre completo:		Relación con el paciente:	
Teléfono residencial:		Teléfono móvil:	
Información del garante (a quién se envían los estados de cuenta)			
Relación del paciente con el garante:		Dirección:	
Nombre del garante (apellido, nombre):			Fecha de nacimiento: / /
Teléfono residencial:		Teléfono móvil:	
Ubicación de la farmacia PCHS			
<input type="checkbox"/> 6th Street <input type="checkbox"/> Clare Ave. <input type="checkbox"/> Port Orchard <input type="checkbox"/> Belfair <input type="checkbox"/> Poulsbo <input type="checkbox"/> Key Peninsula <input type="checkbox"/> Otro Si es otro, nombre y ubicación:			
Seguro primario		Seguro secundario	
<input type="checkbox"/> No tengo seguro, por favor, contácteme para opciones			
Nombre del plan:		Nombre del plan:	
Apellido:		Apellido:	
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Nombre:	Inicial segundo nombre:
#ID	#Grupo	#ID	#Grupo
Dirección:		Dirección:	
Ciudad, estado, código postal:		Ciudad, estado, código postal:	
FN: / /	Sexo: Masc / Fem	FN: / /	Sexo: Masc / Fem
Relación con el paciente:		Relación con el paciente:	

Autorización de Seguro

Acepto la responsabilidad financiera de todos mis servicios profesionales y / o suministros. El pago por los servicios se debe realizar en el momento en que se prestó, a menos que se hayan hecho arreglos.

Autorizo a mi seguro a pagar directamente a PCHS. Soy financieramente responsable de cualquier saldo adeudado. Autorizo a PCHS o la compañía de seguros a divulgar cualquier información para reclamos, a menos que yo lo haya limitado específicamente por escrito.

Firma del paciente / tutor: _____ Fecha: _____

Autorización de por vida para facturar a Medicare * Beneficiarios de Medicare únicamente *

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice a favor de Peninsula Community Health Services por cualquier servicio que se me proporcione.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Reconozco que he recibido una copia de mis derechos y responsabilidades, y las políticas clínicas de PCHS. Iniciales: _____

*** Se requiere que UNIFORM DATA SYSTEMS-PCHS recopile la siguiente información de nuestros pacientes que utilizan nuestros servicios. La siguiente información cuando se reporta no incluye ninguna información de identificación personal y es confidencial.**

Estado civil: (marcar) Casado Soltero Viudo Divorciado Separado Compañero

Idioma: _____ ¿Necesita a un intérprete? Sí No

Etnicidad (marque uno): mexicano, americano mexicano, o chicano puertorriqueño cubano otro hispano, latino, o origen español no hispano / latino no reportado / rechazó

Raza (marque todo lo que corresponda): indio americano / nativo de Alaska indio asiático chino filipino japonés coreano vietnamita otro asiático samoano guameño o chamorro nativo de Hawái otro isleño del Pacífico negro /afroamericano blanco No reportado / rechazó

¿Cuántas personas hay en su hogar? _____

Verifique el rango del ingreso anual de su hogar:

\$0 - \$15,060 \$26,650.01 - \$32,150
 \$15,060.01 - \$21,150 \$32,150.01 - \$37,650
 \$21,150.01 - \$26,650 \$37,651 & Higher

Estado de trabajador migrante

No un trabajador agrícola Migrante Estacional

Estado de veteranos

Veterano No un veterano

Información de vivienda

Posee/alquila su casa sin ayuda (NO INDIGENTE)
 Se queda con amigos / familiares (COMPORTE)
 Está preocupado sobre su vivienda y desea ayuda (OTRO)
 Vive en la calle, al aire libre, en un automóvil/remolque (CALLE)
 Se queda en un centro de tratamiento (TRANSICIONAL)
 Vive en vivienda pública donde todos los inquilinos obtienen descuento con el alquiler (VIVIENDA PÚBLICA)

Se queda en un albergue a corto plazo como una misión, YMCA, etc. (ALBERGUE)
 Vive en un lugar que no es un hogar, sin agua potable ni calefacción (OTRO)
 Ha estado sin hogar en el último año, pero tiene vivienda ahora (TRANSICIONAL)
 Confinado en casa



Peninsula Community Health Services

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS (HIPAA), INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL (PHI), E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE)/INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN COMUNITARIA (CIE)

Acuse de recibo del aviso de privacidad

Afirmo que he recibido el folleto de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de Peninsula Community Health Services. Me han informado que, si tengo alguna pregunta o algún comentario sobre este aviso, puedo comunicarme con la Oficial de Privacidad HIPAA y la Directora Ejecutiva, Jennifer Kreidler-Moss, PharmD, a la siguiente dirección o número de teléfono:

Peninsula Community Health Services POBox 960 Bremerton, WA 98337 (360)377-3776

Aviso de prácticas de privacidad

Peninsula Community Health Services (PCHS) mantiene un expediente de los servicios de atención médica que usted recibe. Puede pedirnos ver una copia de ese expediente o solicitarnos que lo corrijamos. No compartiremos su expediente con otros, a menos que usted nos indique hacerlo o la ley nos autorice o nos obligue a hacerlo. Puede pedir ver su expediente u obtener más información comunicándose con nuestro Departamento de Gestión de Información Médica a la siguiente dirección o número de teléfono:

Peninsula Community Health Services HIM Department PO Box 960 Bremerton, WA 98337 (360)377-3776

Intercambio de información

PCHS utiliza un sistema de salud integrado (es decir, médico, dental, de farmacia, de salud mental, de trastornos por consumo de sustancias, y de servicios de habilitación y apoyo). Para fines de continuidad y coordinación de la atención, PCHS comparte la información de los pacientes dentro de su propio sistema de atención. Para satisfacer mejor sus necesidades de atención médica, PCHS también puede compartir información del paciente con socios de la comunidad, como hospitales, escuelas y cárceles, en la medida permitida por la ley. Cuando las leyes de privacidad del paciente limiten el intercambio de información, PCHS no compartirá su información a menos que usted dé el consentimiento correspondiente.

Consentimiento para participar en un intercambio de información médica y un intercambio de información comunitaria

PCHS ha aceptado participar en un intercambio de información médica (HIE) para compartir elementos importantes de su atención con otros proveedores de atención médica, y en un intercambio de información comunitaria (CIE) para coordinar las remisiones en la comunidad, a menos que usted opte por no participar en un HIE ni un CIE. En última instancia, la participación conduce a una atención mejor, más segura y más eficaz para usted y su familia.

_____ NO participar: El paciente mencionado o su representante no da su consentimiento para compartir su información médica protegida en un HIE ni un CIE con el fin de llevar a cabo el tratamiento habitual y las operaciones de atención médica para la continuidad de la atención.

Con mi firma a continuación, por este medio reconozco que me han informado sobre la disponibilidad del acuse de recibo del aviso de privacidad, el aviso de prácticas de privacidad, y el consentimiento para participar en un intercambio de información médica y un intercambio de información comunitaria de PCHS.

Firma del paciente

Fecha

Nombre del tutor/representante legal (en letra de molde)

Relación con el paciente

Firma del tutor/representante legal

Fecha



Peninsula Community Health Services

AVISO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Servicios de Salud Comunitaria de la Península (PCHS) respeta a cada paciente. La sección "Derechos y Responsabilidades del Paciente" explica qué puede esperar de nosotros y qué esperamos de usted.

Como paciente, usted tiene derecho a:

- Recibir un trato respetuoso y digno en un entorno seguro y privado.
- Respeto por sus valores y creencias culturales, sociales, espirituales, y personales.
- Participar en su atención médica y tratamiento.
- Conocer los nombres y la categoría profesional de las personas que lo atienden.
- Hacer preguntas y estar informado sobre su enfermedad y tratamiento, incluyendo las opciones de atención y los posibles resultados.
- Obtener una segunda opinión sobre su atención médica o cambiar de proveedor.
- Privacidad de su historial médico y derecho a permitir o rechazar la divulgación de información, excepto cuando lo exija la ley.
- Preguntar sobre la amplia variedad de servicios disponibles a través de PCHS.
- Informarse sobre cómo acceder a la atención médica cuando la clínica esté cerrada.
- Conocer los requisitos legales de presentación de informes.
- Solicitar arreglos especiales si tiene una discapacidad o necesita un intérprete.
- Recibir información sobre testamentos vitales y que se respete la intención de sus deseos, según lo permita la ley.
- Consentir tratamiento, atención, y servicios según lo permita la ley.
- Rechazar tratamiento, atención, y servicios según lo permita la ley.
- Conocer el costo de su atención, las formas en que puede pagarla, y solicitar asistencia financiera si la necesita.
- Rechazar ser incluido en cualquier programa o estudio de investigación.
- Recibir información sobre cómo expresar comentarios y quejas.
- Reportar cualquier problema o inquietud al Departamento de Salud del Estado de Washington al 1-800-633-6828. Si es miembro de Medicare y tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención, también puede comunicarse con Medicare al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY/TTD de Medicare pueden llamar al 1-877-486-2048.

PCHS es una agencia autorizada para el tratamiento ambulatorio de trastornos de salud mental y uso de sustancias. La ley estatal garantiza que, como paciente, usted tiene derecho a:

- Recibir servicios sin importar raza, credo, origen nacional, religión, género, orientación sexual, edad o discapacidad.
- Practicar la religión de su elección siempre que no vulnere los derechos ni el trato de los demás ni el servicio de tratamiento. Cada participante tiene derecho a negarse a participar en cualquier práctica religiosa.
- Recibir adaptaciones razonables en caso de discapacidad sensorial o física, capacidad limitada para comunicarse, dominio limitado del inglés, y diferencias culturales.
- Ser tratado con respeto, dignidad, y privacidad, salvo que el personal pueda realizar registros razonables para detectar y prevenir la posesión o el uso de contrabando en las instalaciones o para abordar el riesgo de daño al individuo o a otros. "Razonable" se define como registros mínimamente invasivos para detectar contrabando o registros invasivos únicamente en el proceso de admisión inicial, o si existe una sospecha razonable de posesión de contrabando, o la presencia de otro riesgo que pueda utilizarse para causar daño a sí mismo o a otros.
- No sufrir el acoso sexual.
- No sufrir la explotación, incluyendo la física y financiera.
- Que toda la información clínica y personal se trate de acuerdo con las normas de confidencialidad estatales y federales.
- Participar en el desarrollo de su plan de servicios individual y recibir una copia del mismo si la desea.
- Redactar una directiva anticipada de salud mental que conforme al Capítulo 71.32 RCW.
- Revisar su historial clínico en presencia del administrador o su designado y tener la oportunidad de solicitar modificaciones o correcciones.
- Presentar un informe al Departamento de Salud cuando considere que la agencia ha violado sus derechos o un requisito que regula las agencias de salud conductual.

Como paciente, usted tiene la responsabilidad de:

- Compartir con su proveedor cualquier información que pueda afectar su atención.
- Hacer preguntas si no entiende la información o las instrucciones sobre su atención.
- Informar a su proveedor si los síntomas persisten o empeoran, o si tiene una reacción inesperada a un medicamento.
- Tomar los medicamentos según lo prescrito. Si toma ciertos medicamentos, es posible que le pidan que firme y cumpla un acuerdo de medicación.
- Proporcionar información del seguro médico o comprobante de ingresos y tamaño de la familia al solicitar descuentos.
- Pagar las cantidades adeudadas. Hay exenciones y descuentos disponibles por dificultades económicas.
- Ser respetuoso con el personal, los voluntarios, y otros pacientes.
- Cancelar o reprogramar sus citas de manera oportuna.
- Utilizar únicamente los medicamentos o dispositivos médicos que le hayan recetado.
- Expresar sus inquietudes sobre cualquier aspecto de la atención que recibe en PCHS. Agradecemos sus sugerencias y comentarios.