*SCAN CODE / PATIENT MRN: _____

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 ❒	❒ LÁTEX ❒ 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 oido	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?

Updated 5_2025

Approved by
Peninsula Community Health Services
Publications Committee

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
❒ Apéndice	____	❒ Mama (biopsia, mastectomía)	
❒ Bariátrica (manga gástrica, bypass)	____	❒ Colonoscopia / PEEA / biopsia endometrial)	
❒ Colecistectomía (vesícula biliar)	____	❒ Histerectomía / Ligadura de trompas	
❒ Colon (pólipo, resección)	____		
❒ Cirugía otorrinolaringológica (tubos de ventilación en los oídos, amigdalectomía)	____	OB: Número de embarazos_____ Número de partos_____ Número de cesáreas_____ Número de vaginales_____	
❒ Corazón (válvula, bypass, marcapasos)	____		
❒ Hernia			
❒ Reemplazo de articulación	____	❒ Circuncisión	
❒ Trasplante de órganos	____	❒ Próstata	
❒ Tiroidectomía	____	❒ Vasectomía	

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:		

Updated 5_2025

Approved by
Peninsula Community Health Services
Publications Committee

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

Updated 5_2025

Approved by
Peninsula Community Health Services
Publications Committee

Peninsula Community Health Services

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: ☐Sí		¿Permiso para enviar mensajes de texto? ☐Sí ☐No	
teléfono residencial: Teléfono principal: ☐Sí		¿Permiso para llamarle? ☐Sí ☐No	
¿Es usted un paciente de salud escolar? ☐Sí ☐No **Si es así,** ¿en qué escuela? _____		¿Cómo le gustaría recibir el resumen posterior a su visita? ☐ Papel ☐ Portal	
¿Cómo descubrió a nosotros? ☐Anuncio ☐Proveedor de atención primaria ☐ Especialista ☐Palabra de boca ☐Paciente en la práctica médica ☐Hospital ☐Compañía aseguradora ☐redes sociales ☐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			
☐6th Street ☐ Clare Ave. ☐Port Orchard ☐Belfair ☐Poulsbo ☐Key Peninsula ☐ Otro Si es otro, nombre y ubicación:			

Seguro primario		Seguro secundario	
☐ **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?_____

Estado de trabajador migrante

☐No un trabajador agrícola ☐Migrante ☐Estacional

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 veteranos

☐Veterano ☐No un veterano

Información de vivienda

☐Posee/alquila su casa sin ayuda (NO INDIGENTE)
☐Se queda con amigos / familiares (COMPARTE)
☐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

Approved by
Peninsula Community Health Services
Publications Committee

Peninsula Community Health Services

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

Reconocimiento del aviso de privacidad

Reconozco que he recibido el folleto de PCHS sobre la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Me han informado que cualquier pregunta o comentario sobre este aviso puede dirigirse a la Oficial de Privacidad de PCHS, Jennifer Kreidler-Moss, Directora Ejecutiva, a la siguiente dirección y número de teléfono: Peninsula Community Health Services, PO Box 960, Bremerton, WA 98337 (360) 377-3776

Aviso de prácticas de privacidad

PCHS mantiene un registro de sus servicios de atención médica y no lo divulgará a terceros a menos que usted nos lo indique o que la ley lo exija. Tiene derecho a solicitar una copia y corregir su registro comunicándose con el Departamento de Gestión de Información de Salud (HIM) de PCHS: (360) 377-3776.

Intercambio de información

PCHS es un sistema de salud integral (médico, dental, farmacéutico, de salud mental, para trastornos por consumo de sustancias y servicios de apoyo). PCHS podría compartir su información médica dentro de nuestro propio sistema clínico para la continuidad de la atención. Para facilitar la coordinación de su atención, PCHS también podría compartir la información del paciente con colaboradores comunitarios, como proveedores de servicios sociales, hospitales, escuelas y cárceles, en la medida permitida por la ley. En los casos en que las leyes de privacidad limiten el intercambio de información, PCHS no compartirá su información a menos que usted otorgue su autorización.

Consentimiento para participar en Olympic Connect y en el intercambio de información de salud/intercambio de información comunitaria

PCHS participa en Olympic Connect, un Centro de Atención Comunitaria de Washington. Este servicio es proporcionado por Olympic Community of Health en colaboración con proveedores de servicios locales que coordinan su atención. Olympic Connect conecta a las personas con recursos comunitarios para abordar necesidades sociales. Si decide participar y recibir servicios, Olympic Connect podría recopilar y utilizar su información personal y de salud (nombre, contacto, información demográfica, seguro médico, detalles sobre sus necesidades, cierta información de atención médica y los servicios que recibe) para facilitar la prestación de dichos servicios.

PCHS también participa en un Intercambio de Información de Salud (HIE) y un Intercambio de Información Comunitaria (CIE) para compartir información sobre su atención con otros proveedores de atención médica y servicios con el fin de coordinar su atención y conectarlo con los servicios.

_____ **SÍ para participar:** Doy mi consentimiento para divulgar la información médica protegida del paciente a Olympic Connect, HIE y CIE para respaldar la coordinación de la atención con los proveedores de servicios participantes.

_____ **NO a participar:** NO doy mi consentimiento para divulgar la información médica protegida del paciente a Olympic Connect, HIE o CIE para respaldar la coordinación de la atención con los proveedores de servicios participantes.

Firma del paciente	Nombre impreso del paciente	Fecha

(Imprimir) nombre del tutor/representante legal	Relación con el paciente
Firma del tutor/representante legal	Fecha

09/10/2025
Operations

Approved by
Peninsula Community Health Services
Publications Committee

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:

06/20/2025
Legal/Compliance
PCHS Corporate Compliance / Clinical Practices 2000/2004

Approved by
Peninsula Community Health Services
Publications Committee

- 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.

Approved by
Peninsula Community Health Services
Publications Committee