



CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA (PEDIATRÍA)

Nombre: Primer: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: (MM/DD/AAAA): ____ / ____ / ____ Identidad de género: Masc. / Fem. / Transgénero
(MaH o HaM) / Otro: _____

ATENCIÓN MÉDICA PREVIA/EXTERNA

Proveedor(es) médico(s): _____ ¿Visita reciente a la sala de emergencias / HOSPITAL? No | Sí Razón(es): _____
Proveedor(es) dental(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 / POTENCIA	DIRECCIONES (CANTIDAD/FRECUENCIA)	RAZÓN DE USO

HISTORIAL MÉDICO (CIRCULE LAS CONDICIONES QUE SE APLICAN A ESTA PACIENTE)			
Dolor abdominal	Cáncer	Dolor de cabeza / migraña	Convulsiones / epilepsia
DDA / TDAH	Desorden congénito	Trastorno cardíaco	Trastorno de la piel (acné, eccema)
Alergias	Dental / trastorno dental	Hipertensión	Trastorno del habla/lenguaje
Ansiedad	Depresión	Colesterol alto	Trastorno de tiroides
Asma	Trastorno del desarrollo	Trastorno inmunológico	Trastorno urinario (ITU, etc.)
Trastorno de espalda	Diabetes	Trastorno renal	Preocupaciones sobre el peso
Desorden sanguíneo	Oído (audición, infecciones)	Trastorno hepático	_____
Trastorno intestinal	Ojo (visión, movimiento)	Reflujo / ERGE / úlcera	_____



HISTORIA SOCIAL (¡AYÚDANOS A CONOCER MEJOR AL PACIENTE!)

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

VIAJE FUERA DE LOS EEUU?: SÍ NO

EXPOSICIÓN/RIESGO DE TUBERCULOSIS?: SÍ NO

¿CON QUIÉN VIVE EL PACIENTE? Madre | Padre | Hermano | Pariente | Amigo | Casa de acogida | Otro: _____
 (CIRCULE TODOS LOS QUE SE APLICAN)

HERMANOS: N/A

NOMBRE: _____ FDN: _____; NOMBRE: _____ FDN: _____
 NOMBRE: _____ FDN: _____; NOMBRE: _____ FDN: _____

SITUACIÓN DEL HOGAR:

(CIRCULE TODOS LOS QUE SE APLICAN)

USO DE TABACO

MASCOTAS

PISTOLA O ARMA

¿ALMACENADO BLOQUEADO? /
 ¿MUNICIONES POR SEPARADO?

USO DE SUSTANCIAS:

(CIRCULE TODOS LOS QUE SE APLICAN)

CAFEÍNA

TABACO

ALCOHOL

DROGAS

HISTORIA QUIRÚRGICA (PACIENTE)

PROCEDIMIENTO	AÑO	PROCEDIMIENTO	AÑO	ESPECÍFICO DE GÉNERO	AÑO
<input type="checkbox"/> Abdomen / intestino (apéndice, etc.)	_____	<input type="checkbox"/> ORL (amígdalas, tubos para los oídos)	_____	<input type="checkbox"/> Circuncisión	_____
<input type="checkbox"/> Espalda / columna vertebral	_____	<input type="checkbox"/> Ojo	_____		
<input type="checkbox"/> Cerebro / cabeza	_____	<input type="checkbox"/> Hernia	_____	<input type="checkbox"/> Otro:	_____
<input type="checkbox"/> Cardíaco / corazón	_____	<input type="checkbox"/> Otro:	_____		

HISTORIA FAMILIAR (CIRCULE LAS QUE APLICAN A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA)					
CONDICIÓN	PARIENTE(S)	CONDICIÓN	PARIENTE(S)	CONDICIÓN	PARIENTE(S)
Uso de alcohol / sustancias		Crisis familiar / trauma		Reflujo / ERGE / úlcera	
Alergias		Dolor de cabeza / migrañas		Convulsiones / epilepsia	
Anemia		Oído / trastorno del oído		Accidente cerebrovascular / AIT	
Asma		Cardiopatía (antes de los 55 años)		Trastorno de tiroides	
Desorden sanguíneo		Hipertensión		Trastorno urinario	
Cáncer		Colesterol alto		Trastorno de visión / ojo	
Dental / trastorno dental		Trastorno inmunológico		Preocupaciones sobre el peso	
Depresión		Nefropatía		<u>Otro / notas:</u>	
Trastorno del desarrollo		Enfermedad del hígado			
Diabetes		Trastorno de salud mental			

COMENTARIOS:

(información adicional que debemos saber sobre el historial del paciente)

INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

Apellido:		Nombre:	
Nombre preferido:		Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: / /	Sexo al nacer: Masc. / Fem. Sexo legal: Masc. / Fem.	Apellido anterior:	
Dirección:		Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Correo electrónico del paciente:	
Teléfono de casa:			¿Se puede dejar mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono móvil:			¿Se puede dejar mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono del trabajo:			¿Cómo le gustaría recibir su resumen después de la visita? <input type="checkbox"/> Portal <input type="checkbox"/> Papel
Contacto preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil			

¿Quién es su proveedor de atención primaria (PCP) actual / anterior?

Información del garante (a quien se envían las facturas)

Nombre:	Dirección:	
Relación con el paciente:	Fecha de nacimiento: / /	
Teléfono de casa:	Teléfono móvil:	

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre:	Relación con el paciente:
Teléfono de casa:	Teléfono móvil:

Ubicación de la farmacia PCHS:

6th Street Clare Ave. Port Orchard Belfair Poulsbo Otro _____

Si es otro, dirección _____

* 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 que sea 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 más de una raza No reportado / rechazó

Ingresos y hogar

¿Cuántas personas hay en su hogar?	Verifique el rango del ingreso anual de su hogar: <input type="checkbox"/> \$0 - \$15,060 <input type="checkbox"/> \$25,820.01 - \$31,200 <input type="checkbox"/> \$15,060.01 - \$20,440 <input type="checkbox"/> \$31,200.01 - \$36,580 <input type="checkbox"/> \$20,440.01 - \$25,820 <input type="checkbox"/> \$36,581 y superior
------------------------------------	---

Estado de trabajador migrante

No es un trabajador agrícola Migrante Estacional

Estado de veteranos

Veterano No es un veterano

Continúa en la página siguiente ----→

*** Las siguientes preguntas se aplican a los mayores de 18 años ***

Preferencia sexual: (marcar)

- Heterosexual
 Bisexual
 No sé
 Lesbiana, gay u homosexual
 Otro, describa: _____
 Se niega a contestar

Usted se considera a sí mismo como: (marcar)

- Masculino
 Femenino
 Otro
 Mujer a hombre (MaH)/Hombre transgénero/Hombre trans
 Hombre a mujer (HaM)/Mujer transgénero /Mujer trans
 Género no conforme, ni exclusivamente masculino ni femenino
 Se niega a contestar

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 (OTROS)
 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 (OTROS)
 Ha estado sin hogar en el último año, pero tiene vivienda ahora (TRANSICIONAL)

Como supo de nosotros

- Publicidad (extensión / unidad móvil)
 Médico de atención primaria (otro proveedor)
 Médico especialista
 Alguien me contó

- Paciente en la práctica
 Hospital
 Compañía de seguros
 Medios de comunicación social
 Otro:

Seguro primario

Seguro secundario

No tengo seguro por favor contácteme para opciones

Nombre del plan:

Nombre del plan:

Apellido:

Apellido:

Nombre: _____ Inicial segundo nombre _____

Nombre: _____ Inicial segundo nombre: _____

#ID _____ #Grupo _____

#ID _____ Grupo# _____

Dirección:

Dirección:

Ciudad, estado, código postal:

Ciudad, estado, código postal:

Fecha de nacimiento: / / Sexo: M / F

Fecha de nacimiento: / / Sexo: M / F

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.

Autoricé 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 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. Iniciales: _____



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 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

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE MENORES

Peninsula Community Health Services (PCHS) debe tener un consentimiento firmado por un parent o tutor antes de proporcionar servicios médicos a menores de 18 años, excepto en situaciones en las que la ley federal o estatal permita que los pacientes menores de edad tengan acceso y den consentimiento para el tratamiento sin el consentimiento de los padres/tutores.

(iniciales) **Yo autorizo**

(iniciales) **No autorizo**

Escriba el nombre del menor en letra imprenta: _____ **FECHA DE NAC.:** _____
Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido

Para recibir los servicios de atención médica disponibles y considerados necesarios o aconsejables por un proveedor de PCHS. Los servicios de atención médica pueden incluir, pero no se limitan a los exámenes médicos de rutina, exámenes físicos para deportes, cuidado de niños o adolescentes, evaluación y tratamiento de enfermedades agudas o lesiones graves, vacunas, análisis de sangre y fotografías para los expedientes médicos. PCHS alienta la participación familiar en el cuidado que se brinda a los pacientes menores de edad. Sin embargo, si no puedo estar presente, autorizo al paciente menor de edad antes mencionado a que reciba servicios de atención médica en mi ausencia. También se da el consentimiento para la derivación de la atención y, si es necesario, el transporte de emergencia a otros proveedores de atención médica o agencias que los proveedores de PCHS consideren necesarios. Este consentimiento no permite que se presten servicios sin el consentimiento del paciente menor de edad, a menos que el paciente menor de edad no pueda dar su consentimiento.

(iniciales) **Doy mi consentimiento para que el paciente menor de edad reciba vacunas.**

(iniciales) **NO doy mi consentimiento para que el paciente menor de edad reciba vacunas.**

Comprendo que se me puede pedir que firme consentimientos adicionales para algunos procedimientos quirúrgicos.

Comprendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento si escribo a PCHS.

Comprendo que es mi responsabilidad informar cualquier cambio en la historia clínica, dental o conductual del paciente a PCHS. A menos que los cambios sean anotados por mí, el proveedor asumirá que no hubo cambios en la historia clínica del paciente.

De acuerdo con la ley federal o del estado de Washington, cuando se da el consentimiento para la atención médica, la información médica se mantiene confidencial, excepto en las siguientes circunstancias:

- El paciente permite la divulgación de la información mediante una autorización firmada.
- El paciente muestra un riesgo de daño inminente a sí mismo o a otros.
- El paciente tiene un problema de salud que pone en peligro su vida y es menor de 18 años.
- Hay razones para sospechar de abuso o negligencia.



- Ciertas enfermedades contagiosas se deben informar a las autoridades de salud pública.
- Otras divulgaciones exigidas por la ley.

El siguiente consentimiento es solo para los servicios médicos de la escuela. Si su hijo no utiliza los servicios médicos de la escuela, pase a la firma de abajo.

_____ **(Iniciales)** Autorizo a la escuela de mi hijo a divulgar la información demográfica básica de FERPA (nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono) al personal del programa de salud en la escuela de PCHS para permitir la coordinación de la atención. Se requiere una autorización para la divulgación de registros con la firma del padre/tutor si los registros deben ser divulgados a la escuela de mi hijo.

Nombre del parente/tutor (en letra imprenta)

Firma de parente/tutor

Fecha

Relación con el menor

Número de teléfono





Peninsula Community Health Services

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN VERBAL Y ESCRITA Y CONFIDENCIALIDAD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento para la divulgación de información de atención médica:

Doy mi permiso para que las siguientes personas (incluidos familiares y amigos) reciban información de salud personal sobre mí. Este permiso será vinculante hasta que sea revocado por mí.

- _____ Relación conmigo: _____

Liberación que requiere consentimiento específico

Si NO DESEA que alguno de los siguientes expedientes sea liberado, necesita iniciar y firmar a continuación de acuerdo con 42 cfr parte 2 y rcw 70.24.

VIH/SIDA Salud mental Cuidado reproductivo
 Enfermedades de transmisión sexual Abuso de alcohol/drogas

Menores: de acuerdo con las leyes del estado de Washington, se requiere la firma de un paciente menor, NO la firma del parente/madre/tutor legal con respecto a los consentimientos específicos descritos anteriormente.

Marcar si el paciente es menor de edad

* *Restricciones: Solo se proporcionarán expedientes médicos originados a través de este centro de atención de salud a menos que se solicite específicamente lo contrario. Esta autorización es válida solo para la divulgación de información fechada antes e incluyendo la fecha en este formulario.*

Fecha	Firma del paciente (menores de 13-17) o representante.	Relación si no es el paciente
-------	--	-------------------------------

Firma del paciente/padre/madre/tutor

Nombre en letra de molde

Fecha

* Libero a los proveedores y al personal de toda responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación de esta información. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto cuando se hayan tomado acciones. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención de salud, que incluyen tratamiento, pago o inscripción. Sin embargo, tengo que firmar un formulario de autorización para participar en estudios de investigación o para recibir atención de salud cuando el propósito es crear información de salud para un ente externo. Una vez que se divulga la información de salud, la persona u organización que la recibe puede volver a divulgarla. Las leyes de privacidad pueden ya no proteger la información. Una vez que PCHS haya divulgado información de salud, el receptor puede volver a divulgarla en algunas situaciones. Las leyes de privacidad pueden ya no proteger la información.

* **Declaración de confidencialidad:** Esta información le ha sido divulgada a usted a partir de expedientes cuya confidencialidad está protegida por la Ley del Estado de Washington. La ley estatal le prohíbe a usted hacer cualquier divulgación adicional de la misma sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita la ley estatal. Una autorización general (global) para la divulgación de expedientes médicos u otra información no es suficiente para este propósito. (rv.09_2019)

Vence un año después de que se firme la fecha de autorización, a menos que se especifique otra cosa: _____



Peninsula Community Health Services

PERMISSION TO RELEASE HEALTH CARE INFORMATION – INCOMING RECORDS

Patient's Full Name:					
Date of Birth: / / Previous Name (if applicable):					
I HEREBY REQUEST AND GIVE MY PERMISSION TO RELEASE THE FOLLOWING INFORMATION					
INFORMATION TO BE RELEASED TO Peninsula Community Health Services					
PO BOX 960		Bremerton	WA	98337	Phone: 360-377-3776 Fax: 360-874-5595
Reason for Request: <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> Personal Use <input type="checkbox"/> Continuing Care <input type="checkbox"/> Other:					
INFORMATION TO BE RELEASED FROM (must provide contact information)					
Name:		Organization:			
Address:					
City:		State:		Zip:	
Phone:		Fax:			
INFORMATION TO BE RELEASED					
<input type="checkbox"/> Information from the past 2 years of care					
<input type="checkbox"/> Health information from _____ to _____					
<input type="checkbox"/> Specific health information about _____					
<input type="checkbox"/> Pap <input type="checkbox"/> Colon/FOBT <input type="checkbox"/> DEXA <input type="checkbox"/> Mammogram					
*Restrictions: Only records originating from this healthcare system will be provided unless otherwise specifically requested. This authorization is valid only for the release of information dated prior to and including the date on this form.					
Date:		Signature of patient or representative:			
Relationship if not the patient:					
RELEASE REQUIRING SPECIFIC CONSENT					
My signature above gives you permission to release ANY and ALL confidential information relating to testing, diagnosis, or treatment. Per 42 CFR part 2 (See * Statement Below) I understand if I initial any of the following categories of confidential information, it WILL NOT be released.					
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS		<input type="checkbox"/> MENTAL HEALTH		<input type="checkbox"/> SUBSTANCE USE	
<input type="checkbox"/> SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES		<input type="checkbox"/> REPRODUCTIVE HEALTH			
Minors: In accordance with Washington State law, a minor patient's signature is required, NOT the parent/guardian signature regarding specific consents described above.					
Date:		Signature of patient (minors 13-17) or representative:			
Relationship if not the patient:					
<i>*Records concerning substance use treatment and/or sexually transmitted diseases may NOT be disclosed by you unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or is otherwise permitted by regulation (42 CFR Part 2 and RCW 70.24). An authorization for the release of medical or mental health information is not sufficient for this purpose. The federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute a substance use patient. Unless otherwise indicated, this release specifically allows the disclosure of mental health/psychological treatment (45 CFR Parts 160 and 164); substance use treatment (42 CFR Part 2); and the Health Insurance Portability Accountability Act of 1996 ("HIPAA") and cannot be disclosed without your written consent unless otherwise provided for in the regulations.</i>					
<i>I understand that I do not have to sign this authorization in order to get health care benefits (treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits) except if I receive health care when the sole purpose of the health care is to create health information for a third party. I understand that: a) I must revoke my permission in writing and may do so by completing and signing the Revocation of Authorization form, available at the medical office; b) if I revoke my permission, it will not affect any actions already taken by PCHS based on this permission; and c) I may not be able to revoke this permission if the purpose of it was to obtain insurance.</i>					
<i>Once PCHS has disclosed health information, the recipient may re-disclose it in some situations. Privacy Laws may no longer protect the information.</i>					
Expires one year from date authorization is signed, unless specified otherwise:					