



## CUESTIONARIO DE HISTORIAL DE SALUD (PEDIATRÍA)

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2do nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Identidad de género M / F / Otro

Farmacia preferida: PCHS o \_\_\_\_\_ Dentista: PCHS o \_\_\_\_\_ Laboratorio: LabCorp o \_\_\_\_\_

### ATENCIÓN ANTERIOR

Atención primaria (PCP): \_\_\_\_\_ ¿Visita a la emergencia u hospital en los últimos 2 años? \_\_\_\_\_  
 Especialista(s): \_\_\_\_\_ Hospital(s): \_\_\_\_\_  
 Dentista: \_\_\_\_\_  Sí  No Razón(es): \_\_\_\_\_

### ALERGIAS

NINGUNA <input type="checkbox"/>	LÁTEX		NOMBRE	REACCIÓN
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

### MEDICAMENTOS (incluido recetados, aspirina, suplementos y medicamentos de venta libre)

NOMBRE	DOSIS	INSTRUCCIONES (CANTIDAD / FRECUENCIA)	RAZÓN DE USO

### HISTORIA FAMILIAR ("M" para el lado materno / madre | "P" para el lado paterno/ padre)

CONDICIONES	PARIENTE(S)	CONDICIÓN	PARIENTE(S)	CONDICIÓN	PARIENTE(S)
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	M P _____	<input type="checkbox"/> Trastorno congénito	M P _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	M P _____
<input type="checkbox"/> Alcoholismo/uso de drogas	M P _____	<input type="checkbox"/> Depresión	M P _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	M P _____
<input type="checkbox"/> Alergias	M P _____	<input type="checkbox"/> Problema del desarrollo	M P _____	<input type="checkbox"/> Convulsiones	M P _____
<input type="checkbox"/> Anemia	M P _____	<input type="checkbox"/> Diabetes	M P _____	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales	M P _____
<input type="checkbox"/> Ansiedad	M P _____	<input type="checkbox"/> Eccema / trastorno de la piel	M P _____	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (CVA)	M P _____
<input type="checkbox"/> Artritis (en la infancia)	M P _____	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza / migraña	M P _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides	M P _____
<input type="checkbox"/> Asma/trastorno pulmonar	M P _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	M P _____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	M P _____
<input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre / coágulo	M P _____	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	M P _____	<input type="checkbox"/> Visión / audición	M P _____
<input type="checkbox"/> Cáncer / tumor	M P _____	<input type="checkbox"/> Hipertensión (PA alta)	M P _____	<input type="checkbox"/> Otro:	M P _____

### HISTORIA SOCIAL

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ ¿Alguna vez ha viajado fuera de los Estados Unidos?  Sí  No ¿DÓNDE? \_\_\_\_\_ ¿EXPOSICIÓN/RIESGO A TB?  Sí  No

¿Con quién vive el niño?  Madre: Nombre: \_\_\_\_\_ trabajo / profesión: \_\_\_\_\_

Padre: Nombre: \_\_\_\_\_ trabajo / profesión: \_\_\_\_\_

(Seleccione todos los que tienen custodia)  Hermano(s): Nombre \_\_\_\_\_ (Edad) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ (Edad) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ (Edad) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ (Edad) \_\_\_\_\_

Otra familia  Crianza temporal  Otro: \_\_\_\_\_

Exposición /  
Uso

¿Tabaco?  Sí  No  Paciente  Otros  Dentro  Fuera

¿Alcohol?  Sí  No  Paciente  Otros

¿Drogas recreativas?  Sí  No  Paciente  Otros

¿Pistolas/armas?  Sí  No ¿Cómo se almacenan? \_\_\_\_\_

¿Mascotas?  Sí  No  ¿La religión es parte de su vida?  Sí  No



## CUESTIONARIO DE HISTORIAL DE SALUD (PEDIATRÍA)

NOMBRE DE LA ESCUELA / GUARDERÍA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ ACTIVIDADES: \_\_\_\_\_

Nivel de desempeño:  Superior  A nivel del grado  Inferior IEP, Discapacidad de aprendizaje, ¿Necesidades especiales?  Sí  No

### HISTORIA QUIRÚRGICA PASADA

PROCEDIMIENTO	AÑO	PROCEDIMIENTO	AÑO	PROCEDIMIENTO(S) ESPECÍFICO DE GÉNERO	AÑO
<input type="checkbox"/> Cirugía abdominal	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía de corazón (marcapasos, válvula, stent, bypass)	_____	<b>Masculino:</b>	
<input type="checkbox"/> Remoción del apéndice	_____	<input type="checkbox"/> Reparación de hernia (Tipo: _____)	_____	<input type="checkbox"/> Circuncisión	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía de intestino/colon	_____	<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía escrotal / testicular	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía del túnel carpiano	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía de cadera (Izq/ Der / Ambas)	_____	<b>Otro:</b>	
<input type="checkbox"/> Oído / nariz / garganta	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla (Izq/ Der / Ambas)	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____
<input type="checkbox"/> Amigdalectomía	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía de tiroides	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____
<input type="checkbox"/> Remoción de vesícula biliar	_____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____
<input type="checkbox"/> Bypass gástrico	_____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____

¿Historial de mala reacción a la anestesia?

Sí  No

Local  General

¿Necesita antibióticos antes del trabajo dental?

Sí  No

### HISTORIA MÉDICA PASADA (ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODO LO QUE CORRESPONDA A USTED)

Dolor abdominal  
Acné

Problema de espalda (escoliosis, etc.)  
Trastorno sanguíneo

Diabetes  
Problema del oído (infección, audición, etc.)

Reflujo / ERGE / Úlcera(s)  
Convulsiones / Temblores

ADD / ADHD

Enfermedad intestinal (IBD, etc.)

Problema del ojo (movimiento, visión, etc.)

Trastorno de piel (eccema, etc.)

SIDA / VIH

Cáncer (Tipo: \_\_\_\_\_)

Problema cardíaco

Trastorno del sueño

Alergias

Enfermedad congénita

Problema articular / artritis

Problema del habla / lenguaje

Anemia

Caries Dental / Trastorno

Enfermedad del riñón

Problemas tiroideos

Ansiedad

Depresión

Enfermedad del hígado

Trastorno urinario (ITU,

Asma / enfermedad pulmonar

Retraso en el desarrollo

Enfermedad mental (tipo: \_\_\_\_\_)

Preocupaciones de peso

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

### HISTORIA NACIMIENTO/PERINATAL

Hospital de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad de la madre: \_\_\_\_\_ Edad gestacional \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ días Exámenes de lab. prenatales:  Sí  No

Ruta:  Vaginal  Cesárea Peso al nacer: \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ oz PKU: Normal / Anormal / Desconocido

Audición Pasó No pasó

Complicación(es)  Sí  No  Presentación de nalgas  Ictericia

Otro: \_\_\_\_\_

Exposición durante embarazo:  N/A  Tabaco  Drogas  Alcohol

Medicamento(s): \_\_\_\_\_

Adolescentes:  Embarazada  Dando pecho No. de embarazos \_\_\_\_\_ No. de partos: \_\_\_\_\_ (Cesáreas \_\_\_\_\_ Vaginales: \_\_\_\_\_)  
 N/A

### COMENTARIOS: (información adicional que debemos conocer sobre su historial de salud)


FIRMA DEL PROVEEDOR DE PCHS: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**Centro de Salud Basado en la Escuela (SBHC) - FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Apellido:				Nombre:			
Nombre preferido:				Segundo nombre:			
Fecha de nacimiento:     /     /		Sexo al nacer: M / F		Correo electrónico del paciente:			
Contacto preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil			¿Cómo le gustaría recibir su resumen después de la visita? <input type="checkbox"/> Portal <input type="checkbox"/> Papel				
Dirección:		Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Teléfono de casa:		Teléfono móvil:		¿Se puede dejar mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se puede dejar mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Quién es su proveedor de atención primaria (PCP) actual / anterior?							
<b>Información del garante (a quien se envían las facturas)</b>				<b>Información de contacto en caso de emergencia</b>			
Nombre:				Nombre:			
Relación:				Relación:			
Fecha de nacimiento:		Teléfono:		Teléfono de casa:			
Dirección:				Teléfono móvil:			
<b>Información de la escuela y del estudiante</b>							
Nombre de Escuela:				Identificación del Estudiante:			
<i>* 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.</i>							
¿Idioma?				¿Necesita a un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Etnicidad (marque uno):</b> <input type="checkbox"/> mexicano, americano mexicano, o chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro hispano, latino, o origen español <input type="checkbox"/> No hispano / latino <input type="checkbox"/> No reportado / rechazó							
<b>Raza (marque todo lo que corresponda):</b> <input type="checkbox"/> indio americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> indio asiático <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> otro asiático <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> negro / afroamericano <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> más de una raza <input type="checkbox"/> No reportado / rechazó							
<b>Marque el rango del ingreso anual de su hogar:</b> <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				<b>¿Cuántas personas hay en su hogar?</b>			
<b>Las siguientes preguntas se aplican a los mayores de 18 años *</b> <b>Preferencia sexual: (marcar)</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Se niega a contestar <b>Usted se considera a sí mismo como: (marcar)</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Mujer a hombre (FTM)/Hombre transgénero/Hombre trans <input type="checkbox"/> Hombre a mujer (MTF)/Mujer transgénero /Mujer trans <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Se niega a contestar				<b>Información de vivienda</b> <input type="checkbox"/> Posee/alquila su casa sin ayuda (NO INDIGENTE) <input type="checkbox"/> Se queda con amigos / familiares (COMPARTE) <input type="checkbox"/> Está preocupado sobre su vivienda y desea ayuda (OTROS) <input type="checkbox"/> Vive en la calle, al aire libre, en un automóvil/remolque (CALLE) <input type="checkbox"/> Se queda en un centro de tratamiento (TRANSICIONAL) <input type="checkbox"/> Vive en vivienda pública donde todos los inquilinos obtienen descuento con el alquiler (VIVIENDA PÚBLICA) <input type="checkbox"/> Ha estado sin hogar en el último año y tiene una vivienda ahora (TRANSICIONAL) <input type="checkbox"/> Se queda en un albergue a corto plazo como una misión, YMCA, etc. (ALBERGUE) <input type="checkbox"/> Vive en un lugar que no es un hogar, sin agua potable ni calefacción (OTROS)			
<b>Seguro primario</b>				<input type="checkbox"/> <b>No tengo seguro por favor contácteme para opciones</b>			
Nombre del plan: _____							
Apellido: (información del asegurado)		Nombre:		Segundo nombre:			
ID#		Grupo#					
Dirección:		Ciudad:		Estado:		Código postal	
Fecha de nacimiento:     /     /		Sexo:    M / F		Relación con el paciente:			
<b>Autorización de seguro</b>							
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: _____		Nombre en letra de molde: _____		Fecha: _____			
<input type="checkbox"/> Reconozco que he recibido una copia de mis derechos y responsabilidades. <b>Iniciales:</b> _____							



# 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**

Reconozco 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 encargada de Privacidad 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 divulgaremos su expediente a otros, a menos que usted nos indique hacerlo o a menos que 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 trabaja en un sistema de salud integrado (es decir, médico, dental, de farmacia, de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias). 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 cuestiones 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 la divulgación de 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 padre 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 padre/tutor (en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el menor

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono