

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

Apellido:		Nombre:	
Nombre preferido:		Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: / /		Sexo al nacer: Masc/Fem Sexo legal: Masc/Fem	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:
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?			
Información del garante (a quien se envían las facturas)		Información de contacto en caso de emergencia	
Nombre:		Nombre:	
Relación:		Relación:	
Fecha de nacimiento:		Teléfono de casa:	
Dirección:		Teléfono móvil:	
Información de la escuela y del estudiante			
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	
Etnicidad (marque uno): <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			
Raza (marque todo lo que corresponda): <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			
Marque 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		¿Cuántas personas hay en su hogar?	
Las siguientes preguntas se aplican a los mayores de 18 años * Preferencia sexual: (marcar) <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Otro, describa: _____ <input type="checkbox"/> Se niega a contestar		Información de vivienda <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)	
Usted se considera a sí mismo como: (marcar) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Mujer a hombre (MaF)/Hombre transgénero/Hombre trans <input type="checkbox"/> Hombre a mujer (HaM)/Mujer transgénero /Mujer trans <input type="checkbox"/> Género no conforme, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Se niega a contestar			
Seguro primario <input type="checkbox"/> No tengo seguro por favor contácteme para opciones			
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: _____	
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: _____		Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____	
<input type="checkbox"/> Reconozco que he recibido una copia de mis derechos y responsabilidades. Iniciales: _____			

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)



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

HOJA INFORMATIVA DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE MENOR DE EDAD

Peninsula Community Health Services (PCHS) pone mucho cuidado en la salud y el bienestar de cada paciente. Apreciamos que confíe en nosotros para proporcionarle servicios de atención médica a su hijo menor de edad.

La ley de Washington requiere el consentimiento de un padre o tutor para proporcionar servicios médicos, dentales, o de salud conductual a un niño menor de edad (alguien menor de 18 años), con algunas excepciones. Somos conscientes de que es posible que en ocasiones no pueda acompañar a su hijo a su cita. Por lo tanto, desarrollamos formularios de consentimiento para permitir que su hijo sea atendido:

- El formulario “Consentimiento para que una persona que no es padre/tutor tome decisiones sobre la atención médica de un paciente menor de edad” le permite designar a un adulto de su confianza (mayor de 18 años) para que acompañe a su hijo a su cita y dé su consentimiento informado para los servicios médicos, dentales y de salud conductual. La persona autorizada debe proporcionar una identificación con foto cuando acompañe al niño a su cita. Cada niño menor de edad en la familia debe tener un formulario separado en su registro de salud.
- El formulario de “**Consentimiento para el tratamiento médico de Menores**” le permite dar permiso para que su hijo sea visto en una clínica de PCHS, lo que incluye en las clínicas-escuelas de PCHS (“SBHC”). También puede dar su consentimiento oral si no se ha firmado un consentimiento por escrito.

Si usted no es el padre del niño, pero es un adulto responsable del cuidado de la salud del niño, debe completar la “**Declaración de parentesco del cuidado**”, autorizada según RCW 7.70.065. Esta declaración es válida durante seis meses y le permite tomar decisiones sobre la atención médica del niño.

Es responsabilidad del padre o del tutor informar a la clínica de cualquier cambio en la historia clínica/dental del niño. A menos que usted o la persona autorizada hagan algún cambio en el momento de la visita, el proveedor asumirá que no ha habido cambios en la historia clínica/dental del niño.

Si por algún motivo desea cancelar un formulario de consentimiento previo, contacte a la clínica para recibir más instrucciones. Si desea autorizar a otra persona para que dé el consentimiento por su hijo, deberá completar un formulario nuevo antes de la próxima cita del niño.

Es posible que se requiera un consentimiento informado adicional para realizar inmunizaciones o procedimientos quirúrgicos.

Esperamos que esto le ayude a conseguir que su hijo menor de edad reciba los servicios médicos, dentales o de salud conductual necesarios cuando no pueda acompañar a su hijo a una cita.

Si tiene más preguntas, contacte a la clínica.



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.					
_____ HIV/AIDS		_____ MENTAL HEALTH		_____ SUBSTANCE USE	
_____ SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES			_____ 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:					