



Peninsula Community Health Services

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE SALUD (ADULTO)

NOMBRE / Primero: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): ____ / ____ / ____ **Identidad género:** M / F / Transgénero (FTM o MTF)/ Otro: _____

PREVIO ATENCION PRIMARIA

Atención Primaria: _____ ¿Hospital o Sala de Emergencias en el ultimo ano? _____ Motivo(s): _____
 Especialista(s): _____

| ALERGIAS: | NOMBRE: | REACCION: |
|--|------------------------------------|-----------|
| NINGUNO <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 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

HISTORIAL MÉDICO (HAGA UN CÍRCULO PARA AQUELLOS QUE LE CORRESPONDEN A USTED)

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| Papanicolaou Anormal | Cáncer (Tipo _____) | Presión Arterial Alta | Convulsiones |
| Trastorno por el Consumo de Alcohol | EPOC | Colesterol Alto | Piel (Acne, Aczema, Psoriasis) |
| Alergias/Sinusitis | Demencia | VIH/SIDA | Sueño (Apnea, Insomnio) |
| Anemia | Depresión | Riñón (ERC, Cálculo, quiste) | Accidente Cerebrovascular/AIT |
| Ansiedad | Diabetes (1 / 2 / insulina) | Hígado (Cirrosis, Grasa, Hepatitis) | Trastorno(s) por Consumo de Sustancias |
| Artritis/Problema Articular/Gota | Oído (Audición, Zumbido, Vértigo) | Osteoporosis | Pensamientos Suicidas |

| | | | |
|---|--|---------------------|-------------------------------|
| Asma | Ojos (Visión, Glaucoma, Cataratas) | TEPT | Problemas de Tiroides |
| Bipolar | Dolor de Cabeza (Migraña, Racimo) | Reflujo/ERGE/Úlcera | Temblor (Esencial, Parkinson) |
| Problema de Sangre (Coágulos, Hemorragias, Ggenética) | Corazón (Fibrilación Auricular, ICC, CAD/MI) | Esquizofrenia | Otro: _____ |

| | | | | |
|----------------------------------|------------------|---------------|----------------|----------------|
| HISTORIAL DE OBSTETRICIA: | # Embarazos ____ | # Partos ____ | # Cesárea ____ | # Vaginal ____ |
|----------------------------------|------------------|---------------|----------------|----------------|

HISTORIA SOCIAL

¿AYÚDENOS A CONOCERLE MEJOR!

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ OCUPACIÓN: _____ PASATIEMPOS: _____

ESTADO DE RELACIÓN: Soltera/Companero/Casada/Divorciada/Viuda # de Hijos ____ # de Mascotas ____

¿QUIÉN LE PROPORCIONA SU(S) PRINCIPAL(ES) APOYO(S)? Familia/Amigos/Comunidad de fe/Grupo de sobriedad/Compañero de trabajo
Otro: _____

TIENE: ¿INSTRUCCIONES ANTICIPADAS/TESTAMENTO VITAL? Sí No ¿PODER NOTARIAL DURADERO? Sí No

- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--|-------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> ¿CONSUME? | TABACO? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Antes | TIPO: _____ | ¿CUÁNTO? _____ |
| <input type="checkbox"/> ¿BEBE? | CAFEÍNA? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Antes | TIPO: _____ | ¿CUÁNTO? _____ |
| <input type="checkbox"/> ¿BEBE? | ALCOHOL? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Antes | TIPO: _____ | ¿CUÁNTO? _____ |
| | MARIHUANA O OTRAS | | | |
| <input type="checkbox"/> ¿CONSUME? | DROGAS? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Antes | TIPO: _____ | ¿CUÁNTO? _____ |

HISTORIAL DE CIRUGIA

| PROCEDIMIENTO | AÑO | PROCEDIMIENTO | AÑO | GENERO ESPECIFICO | AÑO |
|---|-------|--|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Apéndice | _____ | <input type="checkbox"/> Cardíaca/Corazón | _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de Mama/Biopsia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Espalda/Columna Vertebral | _____ | <input type="checkbox"/> Hernia | _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía (Motivo _____) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Intestino/Colon | _____ | <input type="checkbox"/> Articulaciones (I/D/Ambas) | _____ | <input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cerebro/Cabeza | _____ | <input type="checkbox"/> Riñón | _____ | <input type="checkbox"/> Próstata (TURP, etc.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> ORL (Amígdalas, Trompas, Audición) | _____ | <input type="checkbox"/> Tiroides | _____ | <input type="checkbox"/> Vasectomía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ojo (Glaucoma/Catarata/Retina) | _____ | <input type="checkbox"/> Vascular | _____ | <input type="checkbox"/> Otros: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar | _____ | <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso | _____ | | |

HISTORIAL FAMILIAR

HAZ UN CIRCULO PARA AQUELLOS QUE LE CORRESPONDEN A SU FAMILIA

| ENFERMEDAD | PARIENTE(S) | ENFERMEDAD | PARIENTE(S) | ENFERMEDAD | PARIENTE(S) |
|-------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| Trastorno por el consumo de alcohol | | Depresión | | Enfermedad del Hígado | |
| Alergias | | Diabetes | | Osteoporosis | |
| Anemia | | Dolores de cabeza | | Convulsiones | |
| Asma/EPOC | | Enfermedad Cardíacas | | Accidente | |
| Problemas de Sangre | | Presión Arterial Alta | | Cerebrovascular/AIT | |
| | | | | Consumo de Sustancias | |

Cancer
(Tipo _____)

Demencia

Colesterol Alto

Enfermedad del Riñon

Enfermedad de la Tiroides

Otro: _____

| PREVENCIÓN/DETECCIÓN | | ACTUALICE SI YA NO ESTÁ EN EL ARCHIVO | | | | |
|-----------------------------------|----------|---------------------------------------|-----|-----------|-----------|--------------------------|
| Artículo | Género | Edad | Año | Ubicación | Resultado | N/C |
| Colonoscopia o FOBT | Todo | + de 45 años de edad | | | | <input type="checkbox"/> |
| Mamograma | Femenino | + de 40 años de edad | | | | <input type="checkbox"/> |
| Papanicolaou | Femenino | + de 21 años de edad | | | | <input type="checkbox"/> |
| DEXA (Densidad Osea) | Femenino | + de 65 años de edad | | | | <input type="checkbox"/> |
| Vacuna(s) COVID-19 | Todo | + de 5 años de edad | | | | <input type="checkbox"/> |
| Vacuna(s) contra la Hepatitis B | Todo | + de 18 años de edad | | | | <input type="checkbox"/> |
| Vacuna(s) contra la Neumonía | Todo | + de 65 años de edad | | | | <input type="checkbox"/> |
| Vacuna(s) contra el Herpes Zóster | Todo | + de 50 años de edad | | | | <input type="checkbox"/> |
| Vacuna contra el Tétanos (Tdap) | Todo | + de 18 años de edad | | | | <input type="checkbox"/> |
| Examen de Cholesterol | Todo | + de 40 años de edad | | | | <input type="checkbox"/> |
| Detección de Hepatitis C | Todo | + de 18 años de edad | | | | <input type="checkbox"/> |
| Examen de VIH | Todo | + de 18 años de edad | | | | <input type="checkbox"/> |

COMENTARIOS: (Información Adicional que debemos conocer sobre su Historial Médico)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

| | | | |
|---|----------------------|--|--|
| Apellido: | | Nombre: | |
| Nombre preferido: | | Segundo nombre: | |
| Fecha de nacimiento: / / | Sexo al nacer: M / F | 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? | |
| Contacto preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil | | <input type="checkbox"/> Portal <input type="checkbox"/> Papel | |

¿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 <input type="checkbox"/> No es un trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Estacional | Estado de veteranos <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No es un veterano |

Continúa en la página siguiente ---->

*** 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"/> Se niega a contestar | 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 (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 |
|---|--|

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"/> 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) <input type="checkbox"/> Ha estado sin hogar en el último año, pero tiene vivienda ahora (TRANSICIONAL) |
|---|---|

Como supo de nosotros

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Publicidad (extensión / unidad móvil) <input type="checkbox"/> Médico de atención primaria (otro proveedor) <input type="checkbox"/> Médico especialista <input type="checkbox"/> Alguien me contó | <input type="checkbox"/> Paciente en la práctica <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Compañía de seguros <input type="checkbox"/> Medios de comunicación social <input type="checkbox"/> Otro: |
|--|---|

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 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

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

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: | | | | | |
| *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 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. | | | | | |
| Once PCHS has disclosed health information, the recipient may re-disclose it in some situations. Privacy Laws may no longer protect the information. | | | | | |
| Expires one year from date authorization is signed, unless specified otherwise: | | | | | |