



## 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

ADD / ADHD

SIDA / VIH

Alergias

Anemia

Ansiedad

Asma / enfermedad pulmonar

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

Problema de espalda (escoliosis, etc.)

Trastorno sanguíneo

Enfermedad intestinal (IBD, etc.)

Cáncer (Tipo: \_\_\_\_\_)

Enfermedad congénita

Caries Dental / Trastorno

Depresión

Retraso en el desarrollo

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

Diabetes

Problema del oído (infección, audición, etc.)

Problema del ojo (movimiento, visión, etc.)

Problema cardíaco

Problema articular / artritis

Enfermedad del riñón

Enfermedad del hígado

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

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

Reflujo / ERGE / Úlcera(s)

Convulsiones / Temblores

Trastorno de piel (eccema, etc.)

Trastorno del sueño

Problema del habla / lenguaje

Problemas tiroideos

Trastorno urinario (ITU,

Preocupaciones de peso

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: \_\_\_\_\_

**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
<b>Estado de trabajador migrante</b> <input type="checkbox"/> No es un trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Estacional	<b>Estado de veteranos</b> <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)

- Heterosexual  
 Bisexual  
 No sé  
 Lesbiana, gay u homosexual  
 Se niega a contestar

Usted se considera a sí mismo como: (marcar)

- Masculino  
 Femenino  
 Otro  
 Mujer a hombre (FTM)/Hombre transgénero/Hombre trans  
 Hombre a mujer (MTF)/Mujer transgénero /Mujer trans  
 Genderqueer, 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**

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

## 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

## 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: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Relación conmigo: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Relación conmigo: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ 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 padre/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					
<b>INFORMATION TO BE RELEASED TO Peninsula Community Health Services</b>					
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: _____					
<b>INFORMATION TO BE RELEASE FROM (must provide contact information)</b>					
Name:			Organization:		
Address:					
City:			State:	Zip:	
Phone:			Fax:		
<b>INFORMATION TO BE RELEASED</b>					
<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:					
<b>RELEASE REQUIRING SPECIFIC CONSENT</b>					
My signature above gives you permission to release <b>ANY and ALL</b> 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 <b>WILL NOT</b> 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>					
<b>Expires one year from date authorization is signed, unless specified otherwise:</b>					