



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: 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 <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)

- 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

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 RELEASE 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:					