

Complete este documento y devuélvalo con su licencia de conducir

APELLIDO:		NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:		NOMBRE PREFERIDO:	
SEXO: GÉNERO		FECHA DE NACIMIENTO:		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:		ANTIGUO APELLIDO:	
<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer							
DIRECCIÓN:			APARTAMENTO #:		CÓDIGO POSTAL:		CIUDAD:
ESTADO:		TELÉFONO DE CASA:		TELÉFONO MÓVIL:		TELÉFONO DEL TRABAJO:	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: Se utiliza para actualizaciones de citas				¿CÓMO DEBEMOS CONTACTAR?			
				<input type="radio"/> TELÉFONO EN CASA <input type="radio"/> TELÉFONO DE TRABAJO <input type="radio"/> TELÉFONO CELULAR <input type="radio"/> CORREO ELECTRÓNICO			
IDIOMA PREFERIDO:		Raza:		ESTADO CIVIL:			
				<input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> DIVORCIADO <input type="radio"/> ASOCIADO			
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:		RELACIÓN:		TELÉFONO DE CASA:		TELÉFONO MÓVIL:	
EMPLEADOR o NOMBRE DE LA EMPRESA							
DIRECCIÓN DEL EMPLEADO:			CIUDAD:		ESTADO:		CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO DEL EMPLEADOR:		OCUPACIÓN:		CONTACTO DEL EMPLEADOR:		AÑOS DE EMPLEO:	

ALERGIAS:	<input type="radio"/> No hay alergias conocidas	ALERGIA AL LATEX:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
------------------	---	--------------------------	---

CORRIENTE Medicamentos:	<input type="radio"/> Ver lista adjunta
	<input type="radio"/> Desconocido
	Última fecha de vacunación TETANUS: _____ (El año está bien)

HISTORIA SOCIAL: <i>Su historia social completa será revisada durante su ingesta médica</i>			
FUMADOR:	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Antes <input type="radio"/> Actualmente	ALCOHOL:	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> OCASIONAL <input type="radio"/> MODERADO <input type="radio"/> PESADO
CAFEÍNA:	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> OCASIONAL <input type="radio"/> MODERADO <input type="radio"/> PESADO	EJERCICIO:	<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> OCASIONAL <input type="radio"/> MODERADO <input type="radio"/> PESADO
AFICIONES:	<input type="radio"/> ACTIVIDADES DEPORTIVAS <input type="radio"/> CAMINATA <input type="radio"/> Gimnasio	DESCRIBIR:	

FOR CLINIC USE ONLY									
Ht _____	Wt _____	BP _____ / _____	Pulse _____	O2 _____	RR _____	Temp _____	Pain _____	LMP: _____	
Urinalysis: Leuk _____ Nit _____ Urobili _____ Protein _____ pH _____ Blood _____ Spec Grav _____ Ketone _____ Bili _____ Glucose _____									
Vision: Distance Uncorrected: R 20/____ L 20/____ Near Uncorrected: R 20/____ L 20/____ Distance Corrected: R 20/____ L 20/____ Near Corrected: R 20/____ L 20/____									
Ishihara: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Gross Hearing intact (forced whisper): <input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT						<input type="checkbox"/> Glasses <input type="checkbox"/> Contacts		Treating MA: _____ Room: <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block;"></div>	
CHECK IN: [_____] READY MA: [_____] VITALS: [_____] READY DOC: [_____] CHECK OUT: [_____] Page 1 of 5									

Por favor, identifique cada una de las condiciones como "Sí" o "No" y luego aclararemos las especificaciones

SÍ	NO	Fecha / Año Diagnosticado	HISTORIA MÉDICA PASADA	SÍ	NO	Fecha / Año Diagnosticado	HISTORIA MÉDICA PASADA
			Alergias al medio ambiente				Problemas gastrointestinales
			Anemia				Gota
			Ansiedad				Dolores de cabeza
			Arthritis				Ataque al corazón
			Asthma				Problemas del corazón
			Dolor de espalda				Aroma o reflujo Esofagitis
			Desorden bipolar				Hepatitis
			Defectos congénitos o enfermedades hereditariasDisease				Colesterol Alto
			Problemas de la vejiga o del riñón				Hospitalizaciones
			Enfermedad de la sangre				Hipertensión - Presión arterial elevada Pressure
			Transfusión de sangre				Hipertiroidismo
			Cáncer de Mama				Hipotiroidismo
			Cáncer				Enfermedad del riñón
			Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)				Cálculos renales
			Estreñimiento				Enfermedad del hígado
			EPOC				Enfermedad pulmonar
			Enfermedad de la arteria coronaria - Enfermedad				Enfermedad mental
			Depresión				MRSA condición o exposición
			Trastornos del desarrollo o del comportamiento				Problemas en los músculos, articulaciones o huesos
			Diabetes				Obesidad
			Diverticulitis				Osteoporosis
			Problemas de oído o audición				Cáncer de ovarios
			Desorden alimenticio				Embolia pulmonar
			Eczema				Convulsiones o epilepsia
			Fatiga y / o Malestar				Problemas de la piel
			Fibromialgia				Carrera
Otro:							

Historia Cirúrgica:

HISTORIA CIRÚRGICA: Por favor incluya cualquier cirugía o procedimientos que haya completado <input type="radio"/> No hay historia cirúrgica		
PROCEDIMIENTO:	FECHA DEL PROCEDIMIENTO:	ESPECIFICACIONES DEL PROCEDIMIENTO:

Historia de Lesiones en el Trabajo:

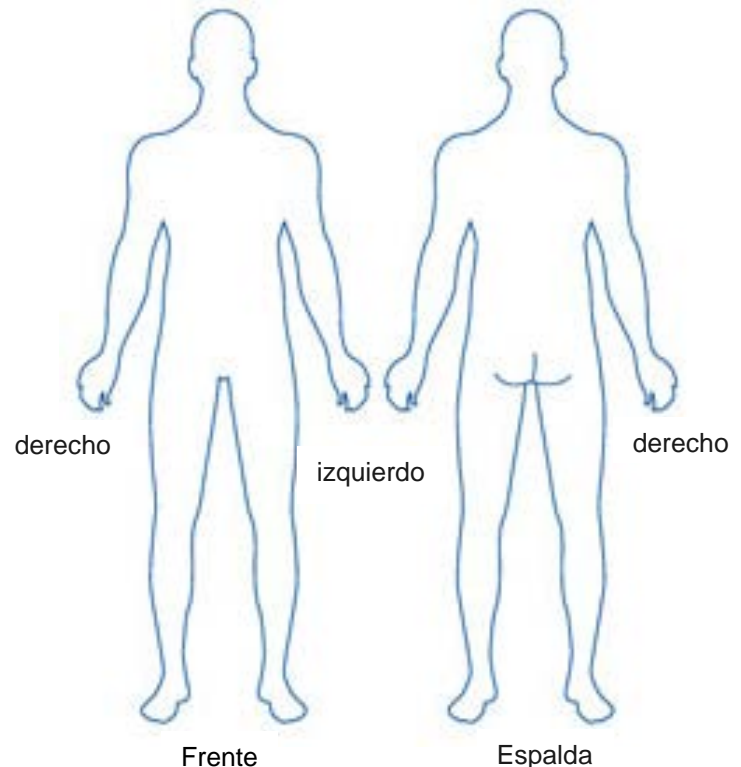
TRABAJO DE LESIONES HISTORIA: Por favor incluya cualquier antecedente trabajo lesiones relacionadas en su pasado (debe utilizar una hoja adicional si es necesario)		
CONDICIÓN:	FECHA DE HERIDA:	ESPECIFICACIONES DE LESIONES:

Lesiones Específicos: Si usted está aquí por una lesión relacionada con el trabajo

EMPLEADOR o NOMBRE DE LA EMPRESA			
Dirección en la que resultaron heridas: <input type="radio"/> PRINCIPAL DIRECCIÓN COMERCIAL		CIUDAD:	ESTADO:
			CÓDIGO POSTAL:
FECHA DE HERIDA:	TIEMPO DE LESION:	FECHA ÚLTIMO TRABAJADA:	VISTO AQUÍ ANTES?
			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
¿CUANTO TIEMPO USTED HA TRABAJADO PARA ESTE EMPLEADOR?		¿TE GUSTA TU TRABAJO?	¿ATENCIÓN PREVIA A ESTE DAÑO?
_____ Años _____ Meses _____ Días		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
Describir cómo su lesión o exposición sucedió:			
¿SU LESIÓN FUE CAUSADA POR EL TRABAJO?		¿ALGUIEN TESTIGO DE SU ACCIDENTE?	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No Seguro		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No Seguro	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No Seguro

Marca el dibujo del cuerpo con X marcas donde te sientes DOLOR

Como se siente ahora?



CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO

Autorización para servicios médicos

Consiento el tratamiento médico de Access Omnicare ("AOC"), sus afiliados, médicos y empleados. El tratamiento puede incluir cualquier examen, prueba o procedimientos médicos requeridos por los proveedores médicos para ser realizados por el personal de AOC. Entiendo que puedo rechazar el tratamiento en cualquier momento. Si estoy buscando pruebas de abuso de sustancias no reglamentadas, autorizo a AOC a obtener un prueba de mi orina, sangre, saliva, aliento, cabello u otro prueba para determinar la presencia de drogas o alcohol. Entiendo que algunos exámenes físicos (como aptitud para el deber, escuela o deportes) y otros servicios no tienen la intención de diagnosticar condiciones médicas o reemplazar la atención médica de mi médico personal.

AGRADECIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He revisado o se me ha dado la oportunidad de revisar el aviso de prácticas de privacidad (NPP) de la AOC. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias. Puedo pedir una copia del NPP o puede verla electrónicamente en <http://www.accessomnicare.com>

- Si estoy siendo tratado como un paciente de atención de urgencia por una lesión relacionada no laboral y no tengo seguro de salud, asigno a AOC todos los pagos bajo los términos de mis pólizas de seguro aplicables.
- Si estoy siendo tratado como un paciente de atención urgente por una lesión no relacionada con el trabajo y no tengo seguro de salud, entiendo que soy responsable del pago. Tengo el derecho de pedir las cantidades de cargo antes de elegir el tratamiento.
- Si se me trata de un obrero lesión de compensación o enfermedad, AOC buscará pago del pagador responsable, que suele ser el empleador o el empleador 's compañía de seguros de compensación de trabajadores.
- Si estoy recibiendo servicios dirigidos por el empleador (por ejemplo, pruebas de drogas, exámenes físicos, vigilancia médica) AOC buscará el pago del empleador. Puedo ser responsable del pago si es permitido por la ley estatal o federal.
- Si soy responsable del pago y mi cuenta se refiere a colecciones, entiendo que puedo tener que pagar los gastos de recolección incurridos por AOC.

Al firmar este formulario, reconozco que he leído y / o me han explicado el aviso y entiendo completamente su contenido. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y cualquier pregunta ha sido respondida satisfactoriamente.

Firma del paciente confirmando:

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge / padre / tutor / tutor confirmando:

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Información de salud protegida para el empleador

Mi empleador o empleador potencial me ha enviado a Access Omnicare ("AOC") para pruebas, evaluación o tratamiento. Al firmar a continuación, autorizo a AOC a revelar mi información médica protegida de acuerdo con los siguientes términos y condiciones:

1. **SE REQUIERE:** Nombre del empleador actual o potencial _____
2. Si me han enviado a AOC sólo para un examen de drogas, mi información médica protegida sólo incluye los resultados de ese examen. De lo contrario, mi información de salud protegida puede incluir los resultados de las pruebas o evaluaciones, incluidos los diagnósticos y la historia médica pertinente a las pruebas y evaluaciones realizadas que mi empleador o posible empleador haya ordenado o requiera.
3. AOC puede revelar mi información médica protegida a mi empleador, empleador potencial o a una entidad designada para evaluar mi idoneidad para (1) trabajo inicial o continuo o (2) otra actividad requerida por mi empleador, o cualquier otra revelación requerida por la ley..
4. Entiendo que algunas entidades que reciben mi información bajo esta autorización no pueden proteger mi información de salud y que AOC no tiene control sobre las revelaciones posteriores de otras entidades.

MIS DERECHOS EN RELACIÓN CON ESTA AUTORIZACIÓN

- Esta autorización expirará un año desde la fecha de cuando ya no soy empleado del empleador nombrado anteriormente o un año a partir de la fecha de abajo, la que sea posterior.
- Puedo pedir una copia de la información de salud protegida que haya de ser descubierto. Un cargo de procesamiento y / o copia puede aplicarse según lo permitido por la ley.
- Mi tratamiento no puede estar condicionada en mi firma de esta autorización a menos que el único propósito de mi visita a AOC es para mi empleador o posible empleador para obtener información de salud acerca de mí.
- Tengo derecho a no firmar esta autorización o para limitar la información que yo autorizo que se revele. Sin embargo, la negativa a firmar esta autorización puede violar una condición de empleo o empleo anticipado. Comuníquese con su empleador para obtener más detalles.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito a la clínica donde recibí servicios. Mi revocación no se aplicará a las revelaciones que ya han ocurrido bajo esta autorización. La revocación de esta autorización puede tener consecuencias relacionadas con mi empleo o empleo futuro. Comuníquese con su empleador para obtener más detalles.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Al firmar este formulario, reconozco que he leído y / o he tenido el aviso explicado y entiendo completamente su contenido. Se me ha dado amplia oportunidad de hacer preguntas, y cualquier pregunta ha sido respondida satisfactoriamente.

Firma del paciente confirmando:

Nombre para imprimir: _____ Firma: _____ Fecha: _____