**Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Inicial**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Apellido**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha De Nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sexo**: H M **Estado Civil**: 🞎Soltero(a) 🞎Casado(a)🞎Div 🞎 Viudo(a) 🞎Separ

**No de Seguro Social**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_

**Dirección**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Apt/Suite**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código Postal:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacto primero:** 🞎 Residencia 🞎 Celular 🞎 Teléfono de empleador 🞎 Correo electrónico 🞎Carta:

Estamos autorizados a dejar un mensaje en el contestador automático? 🞎 Sí 🞎 No

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Te gustaría tener un texto recordatorio de citas? 🞎 Si 🞎 No Correo electrónico 🞎** Y 🞎 N **Correo electrónico**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de contacto de emergencia**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Idioma Preferido: Inglés \_\_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grupo Ética: \_\_\_ Hispanos \_\_\_Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Raza: \_\_\_\_\_Blanco \_\_\_\_\_Latina \_\_\_\_\_ Africano Americano \_\_\_\_\_American Indio(a) \_\_\_\_\_ Asia \_\_\_\_ Desconocido Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nacionalidad: \_\_\_\_\_Ciudadano estadounidense \_\_\_\_\_ Residente**

**Farmacia preferida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Permiso para ordenar RX el electrónico: \_\_ Sí \_\_\_ NO**

**Por favor imprima el nombre de la empresa que lo referido aquí:**

**Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autorizar Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Cuál es la razón principal de la visita de hoy:**

**Fue herido en el trabajo \_\_ Sí \_\_\_No Fecha de Lesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Qué parte del cuerpo está herido? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estoy aquí por los servicios:**

🞎 Examen Físico 🞎 Prueba de Drogas 🞎 Prueba de Vacuna TB 🞎 Examen Físico DOT 🞎 Otros servicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La información proporcionada es correcta al mejor de mi conocimiento. Yo no detengo a Central Medical Services, sus proveedores de servicios de salud, o sus empleados responsables por cualquier error u omisión que he hecho en completar la información de este formulario. Usted puede ponerse en contacto con mi empleador para verificar el motivo de mi visita, si es necesario. Por medio de la presente autorizo a mi información a ser liberado a mi empleador/ Compensación de los trabajadores. Entiendo que los Servicios Médicos pueden no condiciona el tratamiento en mi conclusión de este formulario de autorización salvo cuando la prestación de servicios de salud es solamente con la finalidad de crear información de salud protegida para revelar a un tercero. Por ejemplo, CMS puede tener un contrato con un tercero (por ejemplo, el empleador) para proporcionar los exámenes aptitud para el servicio. CMS puede negarse a realizar el examen, si no cierra la sesión esta autorización para permitir que CMS para liberar los resultados aplicables del examen con el empleador. Reconozco que me han presentado a una copia de los Servicios Médicos de la Privacidad práctica:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date Paciente/Guardián de paciente