



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono móvil: _____ Número de Seguro Social: _____
Género: M F Otro Mano dominante: Derecho Zurdo
¿Pedido de interprete? Sí No Si es así, ¿qué idioma?

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO

Empleador: _____ Título de trabajo: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
Supervisor: _____ Teléfono del trabajo: _____
Cuanto tiempo tiene empleado: _____

CUÉNTANOS SOBRE TU LESIÓN

Fecha de la lesión: _____ Ciudad y estado donde ocurrió la lesión: _____
¿Como se lastimo? _____
¿Parte de cuerpo? _____

HISTORIAL DE INMUNIZACIÓN

¿Ultima vacuna de tetano? *Fecha aproximada:* _____
¿Eres alergico a alguna medicina Sí No Si es asi, indique:
o vacuna? _____

MEDICAMENTOS

¿Está tomando algún medicamento actualmente? Sí No
Si es asi, indique: _____

CONDICIONES DE SALUD *Marque todas las opciones que correspondan:*

- Diabetes
- Hipertensión
- Afección cardíaca

¿Tiene alguna otra afección médica importante? *Si es asi, indique:* _____

¿Actualmente está recibiendo tratamiento por alguna afección médica crónica o ha padecido alguna otra enfermedad o lesión grave? Sí No

Si es asi, indique: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO

¿Te has sometido a alguna intervención quirúrgica? Sí No

Si es así, indique:

HISTORIA SOCIAL

¿Fumas o consumes tabaco sin humo? Sí No ¿Con qué frecuencia?

¿Bebes alcohol? Sí No ¿Con qué frecuencia?

¿Consumes drogas ilícitas? Sí No ¿Con qué frecuencia?

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Algún miembro de la familia tiene alguna de las siguientes afecciones? *Marque todas las opciones que correspondan:*

Diabetes *Relación contigo:*

Hipertensión *Relación contigo:*

Afección cardíaca *Relación contigo:*

¿Tiene alguna otra afección médica importante? *Por favor, enumere la(s) afección(es) y su relación con usted:*

HISTORIAL DE COMPENSACIÓN LABORAL

¿Ha tenido alguna reclamación previa por accidente laboral? Sí No

Si es así, indique:

¿Trabaja usted con alguna restricción permanente o parcial? Sí No

Si es así, indique:

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Entiendo que soy responsable del pago si se determina que el tratamiento NO está relacionado con el trabajo. Autorizo la divulgación de cualquier información médica verbalmente y/o por escrito necesaria para procesar mi reclamo de compensación laboral y para asegurar la mejor atención médica coordinada posible para mí.

Firma

Fecha

Firma del testigo

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO

Por la presente, autorizo al médico de Midtown Occupational Health Services P.C. a realizar una historia clínica, un examen físico, pruebas diagnósticas (radiografías, electrocardiogramas, análisis de función eritematosa, etc.), todo tratamiento médico, fisioterapia y todas las pruebas necesarias de sangre, orina o aliento, incluidas las pruebas de detección de drogas y alcohol. Este consentimiento también incluye, si fuera necesario, exámenes médicos independientes (IME), exámenes de aptitud para el trabajo, exámenes de calificación de discapacidad, así como evaluaciones de capacidad funcional (FCE) y terapia de rehabilitación laboral, si fuera necesario. Asimismo, entiendo y autorizo que mi empleador pueda ser informado de los resultados.

Firma

Fecha

Firma del testigo

Fecha

