



Consent for Medical Treatment

Consentimiento para Tratamiento Médico

PATIENT INFORMATION INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Name _____ Birthdate _____
Nombre Fecha de nacimiento

Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Cell Phone _____ E Mail _____
Teléfono móvil Correo Electrónico

Social Security Number

Drivers License Number _____ State _____

Do you allow Camarena Occupational Health to send you text messages and appointment reminders to your cell phone?

¿Autoriza que Camarena Occupational Health le envíe mensajes de texto y recordatorios de citas a su teléfono celular

☐ Yes ☐ No
Si No

We use your Social Security Number only to maintain accurate medical records. Providing it is voluntary under Section 7 of the Privacy Act (5 U.S.C. § 552a).

Solo usamos su Número de Seguro Social para mantener registros médicos precisos. Proporcionarlo es voluntario según la Sección 7 de la Ley de Privacidad (5 U.S.C. § 552a).

AUTHORIZATION / AUTORIZACIÓN

I consent to a medical exam, which may include lab tests, X-rays, TB testing, immunizations, and other necessary evaluations. Note: X-rays may be required for some jobs and can be harmful to an unborn child. I authorize release of medical info to my employer or insurance.

Consiento en un examen médico, que puede incluir análisis, rayos X, prueba de TB, vacunas y otras evaluaciones necesarias. Nota: Algunos trabajos requieren rayos X, que pueden dañar a un niño no nacido. Autorizo divulgar información médica a mi empleador o seguro.

Referring Employer _____ Reason for visit today _____
Empleador que refiere ¿Motivo de la visita hoy?

Signature _____ Print Name _____ Date _____
Firma Nombre en letra de molde Fecha