

Patient Intake Form

Formulario de Registro del Paciente

Check one option below / Marque una opción

- ☐ DOT(CDL) Certification ☐ Physical Exam
 Certificación DOT (CDL) Examen físico
- ☐ Drug Screen ☐ Injury Care
 Control antidopaje Cuidado de Lesiones
- ☐ Other: _____
 Otro: _____

Patient Information

Información del Paciente

First Name: _____ Last Name: _____ Middle Initial: _____
 Primer nombre Masculino Femenino Soltero Casado Inicial del segundo nombre

Email: _____

Social Security # or Military DBN: _____ Drivers License # _____ Date of Birth: _____
 # De Seguro Social o DBN militar: Licencia de conducir # Fecha de cumpleaños:

Address: _____ Apt #: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
 Dirección Ciudad Estado Código postal

Home phone: _____ Work phone: _____ Cell phone: _____
 Teléfono de casa: Teléfono del trabajo: Teléfono móvil

Pharmacy: _____ Location: _____ Phone: _____
 Farmacia Ubicación Teléfono

Employer Empleador

Company: _____ Location/Store #: _____
 Nombre de Empresa Ubicación / Tienda #

Address: _____ Suite #: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
 Dirección Ciudad Estado Código postal

Temp Employee ☐ Yes ☐ No Name of Agency: _____ Phone: _____
 Empleado temporal Si No Nombre de la agencia Teléfono

Consent

Consentimiento

I confirm that the information I provided is true to the best of my knowledge. I will not hold Camarena Occupational Health, its providers, or staff responsible for any mistakes or missing information I may have included on this form.

Confirmo que la información que proporcioné es correcta según mi conocimiento. No haré responsable a Camarena Occupational Health, sus proveedores ni a su personal por errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

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

If you are here only for a DOT drug screen or breath alcohol test, you may skip this section. For all other services, please complete.
 Si está aquí solo para una prueba de drogas o alcohol en el aliento del DOT, puede omitir esta sección. Para todos los demás servicios, por favor complétela.

I authorize Camarena Occupational Health to provide services deemed necessary by medical staff, including physical exams, diagnostic tests (e.g., labs, x-rays), treatments, injections, medications, and vaccines (after reviewing any required Vaccine Information Statements), as well as tests for communicable or other conditions.

Autorizo a Camarena Occupational Health a realizar los servicios que el personal médico considere necesarios, incluyendo exámenes físicos, pruebas de diagnóstico (por ejemplo, laboratorios, radiografías), tratamientos, inyecciones, medicamentos y vacunas (después de revisar las Declaraciones de Información sobre Vacunas), así como pruebas para detectar enfermedades transmisibles u otras condiciones.

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

Patient Health History

Patient Information

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____

Date of Birth: _____ Age: _____ Sex ☐ Male ☐ Female Exam Date: _____

Visit Purpose:

Allergies:

☐ No known drug allergies

Reaction:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medications

Dosage/Frequency

☐ No known current medications

_____	_____ / _____	_____	_____ / _____
_____	_____ / _____	_____	_____ / _____
_____	_____ / _____	_____	_____ / _____
_____	_____ / _____	_____	_____ / _____

Other current medication details:

Surgical History:

☐ No history

Date

Physician

Hospital

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Additional surgery details:

Medical History

☐ No history

Date

Comment

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Other Health Information:

Patient Health History

Work History

Job Type: _____ Job Duties: _____

Job Duration: _____ Prior Occupation: _____ Duration: _____

Social History

Alcohol Use: ☐ Yes ☐ No If yes, what kind: _____ Any Concerns? ☐ Yes ☐ No

Smoking: ☐ Yes ☐ No Frequency: _____ Caffeine intake: ☐ Yes ☐ No

Illegal Drugs: ☐ Yes ☐ No With a needle: ☐ Yes ☐ No

Other social details: _____

Body System Overview

Constitutional Symptoms

Appearance: Normal Abnormal (Circle one)

Yes No (Check)

- ☐ ☐ Night sweats
☐ ☐ Fever
☐ ☐ Weight Loss or gain
☐ ☐ Fatigue

Comments: _____

Eyes/Vision

Yes No

- ☐ ☐ Blurred vision
☐ ☐ Double vision
☐ ☐ Glaucoma
☐ ☐ Discharge
☐ ☐ Itching
☐ ☐ Lacrimation (Watery Eyes)
☐ ☐ Pain
☐ ☐ Redness of eyes

Comments: _____

Ears/Nose/Throat/Mouth

Yes No

- ☐ ☐ Poor Hearing
☐ ☐ Dry mouth
☐ ☐ Sore throat

Comments: _____

Cardiovascular

Yes No

- ☐ ☐ Chest pain
☐ ☐ Chest tightness
☐ ☐ Tightness/pressure/squeezing
☐ ☐ Palpitations
☐ ☐ Prior heart attack
☐ ☐ Heart murmur
☐ ☐ Fainting

Comments: _____

Respiratory

Yes No

- ☐ ☐ Shortness of breath with exertion
☐ ☐ Shortness of breath with lying flat
☐ ☐ Asthma
☐ ☐ COPD
☐ ☐ Pneumonia

Comments: _____

Gastrointestinal

Yes No

- ☐ ☐ Blood in stool
☐ ☐ Ulcers
☐ ☐ Diarrhea
☐ ☐ Constipation

Comments: _____

Patient Health History

Genitourinary

Yes No

- ☐ ☐ Kidney stones
☐ ☐ Frequent urination
☐ ☐ Bladder infection

Comments: _____

Skin

Yes No

- ☐ ☐ Cancer
☐ ☐ Bruising
☐ ☐ Rash
☐ ☐ Infection/ulcer
☐ ☐ Discoloration in legs

Comments: _____

Musculoskeletal

Yes No

- ☐ ☐ Arthritis
☐ ☐ Gout
☐ ☐ Sore muscles

Comments: _____

Hematologic/Lymphatic

Yes No

- ☐ ☐ Anemia
☐ ☐ Swelling
☐ ☐ Leukemia

Comments: _____

Endocrine

Yes No

- ☐ ☐ Diabetes
☐ ☐ Thyroid disease
☐ ☐ Cushing's Disease

Comments: _____

Neurologic

Yes No

- ☐ ☐ Dizziness
☐ ☐ Stroke
☐ ☐ Headaches
☐ ☐ Difficulty walking

Comments: _____

Psychiatric

Yes No

- ☐ ☐ Anxiety
☐ ☐ Depression

Comments: _____

Allergic/Immunologic

Yes No

- ☐ ☐ Hay fever
☐ ☐ Sinusitis
☐ ☐ Immune deficiency

Comments: _____

Patient:

Signature: _____ Print Name: _____

Date: _____