

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.

Confirmando 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

Información del Paciente

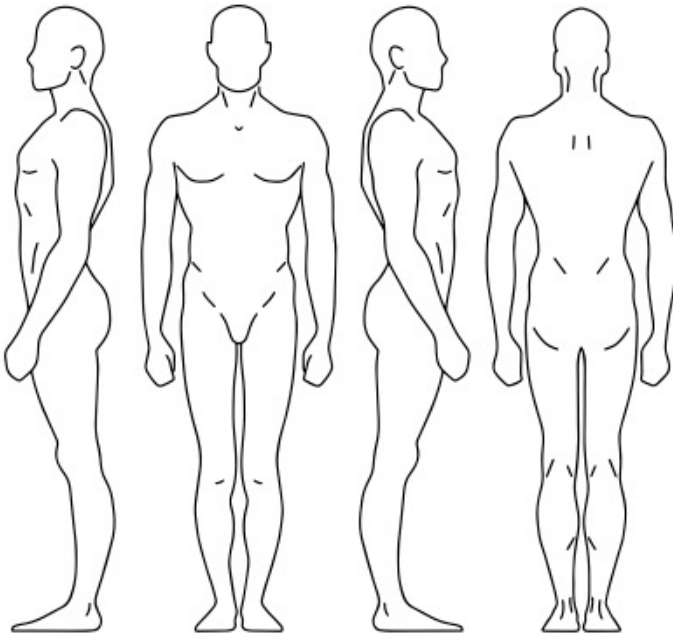
Apellido: _____ Nombre: _____ I.M.: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono (mejor número): _____ Puesto de trabajo: _____

Último día trabajado: _____ ¿Químicos/tóxicos presentes? ☐ Yes ☐ No ¿Datos de seguridad disponibles? ☐ Yes ☐ No

Información del Incidente

Fecha del incidente: _____ Hora: _____ Ubicación del incidente: _____



Explique brevemente cómo ocurrió el incidente:

¿Qué área(s) del cuerpo resultaron afectadas?

¿Qué lado del cuerpo fue afectado?

☐ Izquierdo ☐ Derecho ☐ Ambos

**¿Ha sido evaluado por otro
proveedor de atención médica
por esta lesión?**

☐ No ☐ Sí Si respondió que sí, proporcione el nombre, dirección, ciudad, estado y teléfono:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono: _____

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

Historial de salud del paciente

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ I.M.: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha del Examen: _____

Motivo de la Visita:

Alergias: ☐ Sin alergias medicamentosas conocidas

Reacción:

Medicamentos

Dosis/Frecuencia

☐ No se conocen medicamentos actuales

Otros detalles sobre medicamentos actuales:

Historia Quirúrgica

☐ No historia

Fecha

Medico

Hospital

Detalles adicionales de la cirugía:

Historial médico

☐ Ningun historial de médico

Fecha

Comentario

Detalles adicionales del historial médico:

Historial de salud del paciente

Historial de trabajo

Tipo de empleo: _____ Naturaleza del trabajo: _____

Duración del trabajo actual: _____ Ocupación anterior: _____ Duration: _____

Historia social

Consumo de alcohol: ☐ Si ☐ No Si es así, de qué tipo: _____ ¿Cualquier duda? ☐ Si ☐ No

Fuma: ☐ Si ☐ No Frecuencia: _____ Ingesta de cafeína: ☐ Si ☐ No

Drogas callejeras ☐ Si ☐ No ¿Con una aguja? ☐ Si ☐ No

Detalles adicionales de la historia social:

Revisión de sistemas

Síntomas constitucionales

Apariencia: Normal Anormal (Circle one)

Si No

- ☐ ☐ Sudores nocturnos
- ☐ ☐ Fiebre
- ☐ ☐ Pérdida o aumento de peso
- ☐ ☐ Fatiga

Comentarios: _____

Ojos/Visión

Si No

- ☐ ☐ Visión borrosa
- ☐ ☐ Visión doble
- ☐ ☐ Glaucoma
- ☐ ☐ Descarga
- ☐ ☐ Picor
- ☐ ☐ Lagrimeo (Ojos llorosos)
- ☐ ☐ Dolor
- ☐ ☐ Enrojecimiento de ojos

Comentarios: _____

Oídos/Nariz/Garganta/Boca

Si No

- ☐ ☐ Mala audición
- ☐ ☐ Boca seca
- ☐ ☐ Dolor de garganta

Comentarios: _____

Cardiovascular

Si No

- ☐ ☐ Dolor de pecho
- ☐ ☐ Opresión en el pecho
- ☐ ☐ Opresión/presión/apretón
- ☐ ☐ Palpitaciones
- ☐ ☐ Ataque cardíaco previo
- ☐ ☐ Soplo cardíaco
- ☐ ☐ Desmayo

Comentarios: _____

Respiratorio

Si No

- ☐ ☐ Dificultad para respirar con el esfuerzo
- ☐ ☐ Dificultad para respirar al acostarse
- ☐ ☐ Asma
- ☐ ☐ EPOC
- ☐ ☐ Neumonía

Comentarios: _____

Gastrointestinal

Si No

- ☐ ☐ Sangre en heces
- ☐ ☐ Úlceras
- ☐ ☐ Diarrea
- ☐ ☐ Estreñimiento

Comentarios: _____

Historial de salud del paciente

Genitourinario

Si No

- ☐ ☐ Cálculos renales
☐ ☐ micción frecuente
☐ ☐ Infección de vejiga

Comentarios: _____

Piel

Si No

- ☐ ☐ Cáncer
☐ ☐ Moretones
☐ ☐ Erupción
☐ ☐ Infección/úlceras
☐ ☐ Decoloración en las piernas

Comentarios: _____

Musculoesquelético

Si No

- ☐ ☐ Artritis
☐ ☐ Gota
☐ ☐ Músculos adoloridos

Comentarios : _____

Hematológico/Linfático

Si No

- ☐ ☐ Anemia
☐ ☐ Inflamación
☐ ☐ Leucemia

Comentarios: _____

Endocrino

Si No

- ☐ ☐ Diabetes
☐ ☐ Enfermedad de tiroides
☐ ☐ Enfermedad de Cushings

Comentarios: _____

Neurologic

Si No

- ☐ ☐ Mareo
☐ ☐ Carrera
☐ ☐ Dolores de cabeza
☐ ☐ Dificultad para caminar

Comentarios: _____

Psychiatric

Si No

- ☐ ☐ Ansiedad
☐ ☐ Depresión

Comentarios: _____

Alérgico / Inmunológico

Si No

- ☐ ☐ Fiebre del heno
☐ ☐ Sinusitis
☐ ☐ Inmunodeficiencia

Comentarios: _____

Paciente:

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