

Client Name
New Patient Welcome Sheet

How did you hear about us:

Friend Drive By Flyer TV / Radio / News Web Employer Insurance Other _____

Date: _____ Time: _____

Why are you here today?

Reason for Visit: Urgent Care Work Injury Occupational Health Physical Therapy/Fitness Drug Test

What are here for today? (Chief Complaint): _____

Date of Illness / Injury: _____ Time of Illness / Injury: _____

Patient Information:

Last Name: _____ First Name: _____ Social Security: _____ - _____ - _____

Street Address: _____ Birth Date: _____ Age: _____

City, State, Zip: _____ Home Phone: _____

Other Address: _____ Work Phone: _____

Sex: Male Female Marital Status: Single Married DL #: _____

Person to contact in case of Emergency: _____ Phone: _____

Patient Employer or Guarantor:

Employer or Guarantor Name: _____ Department: _____

Street Address: _____ Employer Phone: _____

City, State, Zip: _____ Supervisors Name: _____

Other Address: _____ Guarantor DOB: _____

Occupation: _____ Employee #: _____

Insurance Information:

Is the insurance carrier responsible for your visit, your private insurance or your employer's workers compensation insurance?

Private Insurance Employers Workers Comp Insurance Name of Insurance: _____

Assignment of Benefits - Financial Agreement:

I hereby authorize _____ to examine and treat my condition as the doctors deem appropriate and I give authority for these pro-cedures to be performed. I clearly understand and agree that all services rendered me are charge directly to me and that I am responsible for payment of services by this office and all outside laboratory or radiology services performed on my behalf. Should collection of past due amount become necessary,

I will become responsible for all charges, fee and attorney fees. I (we) hereby authorize the doctor/provider to release all information necessary to secure payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

Signature of Patient / Guardian: _____ Date: _____

Consent to Treat a Minor: YOU MUST HAVE DOCUMENTATION OF GUARDIANSHIP AND/OR CUSTODY PAPERWORK WHEN BRINGING IN A MINOR

I (we) being the parents, guardian or custodian of the minor being:

Last _____ MI _____ First _____, Age _____, do hereby authorize, request, and direct Work Fit, its doctors and staff to perform examinations, diagnostic, X-rays, laboratory tests, and any treatment that in their judgment is deemed advisable or is required while said minor child is under care of this office's doctors and staff until legal age. All charges for service and care given to said minor child will be charged directly to me (us) and I (we) will be personally responsible for payment of them. I (we) hereby authorize the doctor/provider to release all information necessary to secure payments of ben-efits. I authorized the use of this signature on all insurance submissions.

Parent, Guardian, or Custodian Signature: _____ Date _____

Relationship to Patient: _____ Witness _____ Date _____

Client Name _____

Patient Name: _____

Yes	No	List allergies you have:
		Allergies (specify):
Yes	No	List medications you take:
		Medications (specify):
		1.
		2.
Yes	No	Do you have any of the following?
		Cancer (specify type):
		Asthma
		Heart Disease (CAD)
		Stroke (CVA)
		Depression / anxiety
		Diabetes
		Diverticulitis
		Hyperlipidemia
		Hypertension
		Hypothyroidism
		Peptic ulcer
		Other:
Yes	No	Have you had Surgeries or Operations?
		Surgeries (specify):

Yes	No	Does your family have any of the following?
		Blood Diseases: <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother
		Cancer or Leukemia: <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother
		Diabetes: <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother
		Heart Disease: <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother
		High Blood Pressure: <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother
		Strokes: <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother
		Mental Illnesses: <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother
Yes	No	Do you use alcohol, drugs or smoke?
		Tobacco Use: How much ? _____ Week.
		Alcohol Use: How much ? _____ Week.
		Drug Use: Describe use & drug: _____.
Yes	No	Are you employed?
		How long Employed?
		Position?
Yes	No	Menstrual History (woman):
		Are you pregnant?
		Last menstrual date?
		Last pap smear date?
		Left or right handed? <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right
		Last Tetanus shot date?

Yes		No		Are you experiencing any of the following conditions/symptoms TODAY?
Yes		No		CONSTITUTIONAL
				Change in appetite
				Chills
				Fatigue
				Fever
				Sweats
				Weight loss
Yes		No		EYES AND VISION
				Blurred or double vision
				Contact lenses
				Eye discharge
				Eye pain
Yes		No		EARS, NOSE, THROAT, TEETH
				Dizziness
				Ear pain
				Nasal congestion
				Nose discharge
				Sneezing
				Sore throat
Yes		No		CARDIOVASCULAR / HEART
				Chest pain or pressure
				Fainting
				Irregular heart beat
Yes		No		RESPIRATORY / LUNGS
				Congestion
				Cough
				Shortness of breath
				Wheezing
Yes		No		GASTROINTESTINAL SYSTEM
				Abdominal pain
				Diarrhea
				Nausea
				Urinary / Bowel changes
				Vomiting

Yes		No		GENITOURINARY
				Discharge
				Frequent urination
				Nighttime urination
				Painful urination
Yes		No		MUSCULOSKELETAL
				Joint pain
				Muscle pain
				Swelling
Yes		No		SKIN
				Easy bruising
				Rash / Itching
				Redness
				Skin sores
Yes		No		NEUROLOGICAL
				Headache
				Light headedness
				Numbness
				Poor balance
				Tingling
				Weakness
Yes		No		PSYCHIATRIC
				Anxiety/Nerves
				Depression
Yes		No		ENDOCRINE SYSTEM
				Diabetes
				Hyper or hypothyroid
				Heat or cold intolerance
Yes		No		HEMATOLOGIC/BLOOD DISORDERS
				Frequent infections
				Swollen glands
Yes		No		IMMUNE SYSTEM
				Hay fever or allergies
				Food allergies

Patient Vitals: Room _____ PO % _____ Resp _____ Pulse _____ BP _____ Temp _____ Weight _____ Height _____ Chief Complaint _____

Signature: _____

Date: _____



HISTORIA MÉDICA DE LASTIMADURA

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre: _____ SS#: _____ - _____ - _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono:() _____ - _____ Cell:() _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Tiempo Empleado: _____

Historia de Lastimadura

Fecha de Lastimadura: ____ / ____ / ____ Hora de Lastimadura: ____ : ____ a.m./p.m.

Describe como se lastimo, incluyendo parte(s) del cuerpo lastimadas: _____

Escribe con la mano derecha Escribe con la mano izquierda Ultimo día que trabajo: _____

Historia Médica

Tétano: Sí No Cuando? _____

Alergias: _____

Medicamento: _____

Lastimaduras Anteriores y Fechas: _____

Enfermedades: _____

Operaciones: _____

Historia de Familia Pertinente: _____

Hábitos: **Sí** **No**

Alcohol

Tabaco

Actividades:

Baloncesto

Fútbol

Béisbol

Voleibol

Correr

Motocicleta

Artes Marciales

Levantar Pesas

MUJERES SOLAMENTE:

Esta Embarazada?

Fecha de ultima menstruación: _____

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y LIBERACION DE
INFORMACIÓN MÉDICA**

El abajo firmante por la presente consiente a la administración de todos procedimientos diagnósticos y tratamientos que el juicio del medico será necesario o aconsejable conveniente. Yo reconozco que _____ esta pagando por los servicios

(Nombre de Empleador)

Proporcionado por **Central Valley Occupational Medical Group, Inc.** Yo autorizo a Central Valley Occupational Medical Group, Inc. que provee los servicios pagados por la Compañía, a revelar información médica a la Compañía, Seguro de Trabajo, y algún medico de el firmante referido, más o adicional diagnostico o tratamiento. La liberación para la Compañía y la utilización de información de la Compañía será por números de propósito incluso, pero no limitado a control de costos, revisen la utilización de servicios de salud, asegurando conformidad con la póliza de la Compañía, asegurar mi forma física para trabajar, etc.

La información incluirá, pero no es limitada a reportes médicos, reportes de laboratorio, científico y otros reportes, exámenes, resultados de examen, observación, evaluaciones y notas de medico.

Central Valley Occupational Medical Group, Inc. esta autorizado para revelar información por un periodo de un año de la fecha que esta firmado.

Yo reconozco que ejecutando esta autorización es voluntario y yo tengo derecho a recibir una copia de la autorización si yo lo pido.

Nombre de Empleado (*Letra molde*)

_____/_____/_____
Fecha

X _____
Firma de Empleado

Consentimiento Para Menores De Edad

Yo _____ declaro bajo pena de perjurio 'abajo de la ley del
(Nombre de Padre/ Guardián)

Estado de California que yo soy el padre o representante legal de _____
(Nombre del Menor)

Y estoy de acuerdo con todo lo escrito arriba.

X _____
Firma de Padre/ Guardián

_____/_____/_____
Fecha

Fecha de Lesion _____

Si	No	De que alergias padece:
		Alergias (especifique):
Si	No	Que medicamentos toma:
		Medicamentos (especifique)
		1.
		2.
Si	No	Padece de lo siguiente ?
		Cancer (que tipo):
		Asma:
		Enfermedad del Corazon:
		Ataque Fulminante:
		Deprecion / Ancieda:
		Diabetes:
		Diverticulitis:
		Hiperlipidemia:
		Hipertension:
		Hipotiroidismo:
		Ulcera Peptica:
		Algun Otro:
Si	No	A tenido operaciones o sirugias?
		Operaciones o Sirugias (especifique):
		1.

Nombre del Paciente: _____

Si	No	En su familia padecen de lo siguiente?
		Enfermedades de la Sangre: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
		Cancer o Leucemia: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
		Diabetes: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
		Enfermedad del Corazon: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
		Alta Precion: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
		Ataque Fulminante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
		Enfermedad Mental: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
Si	No	Consumo Alcohol, Usa Drogas o Fuma?
		Uso de Tabaco: Cuanto ? _____ por semana.
		Consumo alcohol: Cuanto ? _____ por semana.
		Usa Drogas: Describe el uso y tipo: _____
Si	No	Tiene Empleo?
		Cuanto tiempo tiene trabajando?
		Capacidad?
Si	No	Ciclo Menstrual (Mujeres):
		Esta embarazada?
		Fecha de ultimo ciclo menstrual
		Fecha de la ultima prueba de papanicolaou?
		Mano dominante? <input type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Derecho
		Fecha de la ultima prueba de tetanos?

A tenido o tiene alguno de lo siguiente?

Si	No	CONSTITUCIONAL
		Cambio en apetito
		Escalofrio
		Debilidad o Fatiga
		Fiebre
		Sudores
		Perdida de peso
Si	No	OJOS Y VISION
		Vision borrosa o doble
		Lentes de contacto
		Secrecion ocular
		Dolor en el ojo
Si	No	OIDOS, NARIZ, GARGANTA, DIENTES
		Mareos
		Dolor de oido
		Congestion nasal
		Secrecion nasal
		Estornudos
		Dolor en la garganta
Si	No	CARDIOVASCULAR / CORAZON
		Dolor de pecho o precion
		Desmayos
		Latidos irregulares del corazon
Si	No	RESPIRATORIO / PULMONES
		Congestion
		Tos
		Falta de aliento
		Resollar
Si	No	SISTEMA GASTROINTESTINAL
		Dolor Abdominal
		Diarrea
		Nausea
		Cambios Urinario/ habitos intestinales
		Vomito

Si	No	GENITOURINARIO
		Desecho
		Orina frecuentemente
		Orina por la noche
		Dolor o ardor cuando orina
Si	No	SISTEMA MUSCULOESQUELETICO
		Dolor en las coyunturas
		Dolor de Musculo
		Hinchazon
Si	No	PIEL
		Moretea facilmente
		Zarpullido/ Comezon
		Rojez
		Llaga en la piel
Si	No	NEUROLOGICO
		Dolor de Cabeza
		Mareos
		Adormecimiento
		Problemas de Equilibrio
		Hormigueo
		Debilidad
Si	No	PSIQUIATRICO
		Ansiedad/ Nervios
		Historial de Depresion
Si	No	SISTEMA ENDOCRINO
		Diabetes
		Hiper o hipotiroidismo
		Intolerancia al frio o calor
Si	No	HEMATOLOGICA/ TRASTORNOS DE LA SANGRE
		Infecciones frecuentes
		Hinchazon de glandulas
Si	No	SISTEMA INMUNOLOGICO
		Fiebre del heno o alergias
		Alergia a los alimentos

Patient Vitals: Height _____ Weight _____ Temp _____ BP _____ Pulse _____ Resp _____ PO % _____ Room _____

Firma: _____

Fecha: _____



AUTHORIZATION TO TRANSFER MEDICAL RECORDS

I hereby authorize _____ to furnish medical information concerning _____ (patient's name), to **Central Valley Occupational Medical Group, Inc.**, 4100 Truxtun Avenue, Suite 200, Bakersfield, California 93309.

Any and all medical information may be released, except as specifically provided below (if all medical records are to be released, please write "none"):

This authorization is effective now and will remain effective until _____ (Date)

I understand that I may receive a copy of this authorization.

Signed: _____

Print Name: _____

SSN/DOB: _____ / _____

Print Address: _____

Telephone: _____

If not signed by the patient, please indicate relationship:

- parent or legal guardian of minor patient
- guardian or conservator of an incompetent patient
- beneficiary or personal representative of deceased patient

