

## PATIENT INFORMATION FORM

Full Name/Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Month/Mes Day / Día Year/Año

Address/Domicilio: \_\_\_\_\_ City/Ciudad: \_\_\_\_\_

State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/Código Postal: \_\_\_\_\_

Home Phone/Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell Phone/Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-Mail Address/Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Social Security # / Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sex/Sexo:  Male/Masculino  Female/Femenino Occupation/Ocupación: \_\_\_\_\_

I was sent in by / Fui enviado por:  Employer / Empleador  Self / Yo Mismo

Reason for your visit/Motivo de su visita:

- Physical Exam / Examen Físico  TB Skin Test / Prueba de Tuberculosis
- Respirator Mask Fit Test / Exam de Máscara – How Many Masks? / Cuantas Máscaras? : \_\_\_\_\_
- Other / Otra Razón: \_\_\_\_\_

Drug Screen / Prueba de Drogas  Breath Alcohol Test / Prueba de Alcohol

After you have signed in, you MAY NOT leave the building for any reason until your drug and/or alcohol screen is complete. If you leave the building before your drug and/or alcohol screen is completed, it will be considered a REFUSAL TO TEST.

Después de registrarse en la recepción para su examen de drogas y/o alcohol, no se le permitirá salir del edificio por cualquier motivo hasta que su examen de drogas y/o alcohol sea completado. Si usted sale del edificio antes de completar el examen de drogas y/o alcohol, será considerado como haberse NEGADO AL EXAMEN DE DROGAS Y/O ALCOHOL.

### EMPLOYER INFORMATION / INFORMACION DE SU EMPLEADOR

Company Name / Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_

Address / Domicilio: \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_ Authorizing Person / Persona Autorizando Servicios: \_\_\_\_\_

I hereby give my consent to and authorize the administration of all diagnostic and therapeutic treatment that may be considered advisable or necessary in the judgement of the attending physician on duty. I give my consent for treatment to any physician and/or staff member at Industrial Medical Group of Santa Maria Valley. Furthermore, by signing below, I authorize release of my medical records or information to any party that is partially or fully responsible for payment for my medical care or services (insurance, employer, etc.).

*Yo aquí doy mi consentimiento y autorización a la administración de todos los diagnósticos y tratamientos terapéuticos que pudieran ser considerados aconsejables o necesarios por el médico. Yo doy mi consentimiento para tratamiento a cualquier médico o empleado de Industrial Medical Group of Santa Maria Valley. Más aun, al firmar este documento, doy autorización para revelar historial médico o información a la gente que tiene la responsabilidad, parcial o completa, por el pago de esta visita (seguro, empleador, etc.)*

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/ Fecha: \_\_\_\_\_ Time / Hora: \_\_\_\_\_ am / pm