



Información del paciente para servicios del empleador

Acerca de usted

Motivo de la visita de hoy

Cuidado de lesión

Examen físico

Certificación DOT (CDL)

Prueba de detección de drogas

Otro: _____

N.º de Seguro Social o DBN militar: _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial 2.º nombre: _____

Dirección: _____ Apto. N.º: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Masculino

Femenino

Soltero

Casado

Dirección de correo electrónico: _____ Concentra puede enviar un correo electrónico detallado: Sí No

Para seguridad de sus registros, todos los correos electrónicos que contengan información de salud protegida (protected health information, PHI) se envían cifrados.

Acerca de su empleador

Empleador que solicita los servicios

Nombre de la compañía: _____ Número de tienda/ubicación: _____

Dirección: _____ N.º suite: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Se coordinó su empleo a través de una agencia de contratación temporal? Sí No

Nombre de la agencia: _____ Teléfono de la agencia: _____

Aviso de prácticas de privacidad

Su nombre y firma a continuación indican que a usted se le ha informado sobre el Aviso de Prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices, NOPP) de Concentra en la fecha indicada. Usted comprende que el NOPP se publica en el centro y que se le proporcionará una copia si la solicita. Si esta es su primera fecha de uso del servicio de Concentra, indíquelo a la persona encargada de la recepción y él o ella le brindará una copia del NOPP. Si tiene alguna pregunta acerca de la información en el Aviso de prácticas de privacidad de Concentra, comuníquese con la Oficina de privacidad de Concentra llamando al 800-819-5571 o en privacyoffice@Concentra.com.

Nombre: (escriba en letra de molde) _____ Fecha en que se recibió el aviso: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento

(Si se presenta hoy solo para un control de antidopaje(prueba de drogas) o una prueba de alcohol aliento para el departamento de transportacion deje esta seccion en blanco. Para todo los otros servicios por favor completar esta seccion.)

La información que se proporciona es correcta a mi leal saber y entender. No responsabilizaré a Concentra, a sus proveedores de servicios de salud, ni a sus empleados por algún error u omisión que pudiera haber cometido al llenar la información en este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

Doy mi permiso a Concentra para llevar a cabo los siguientes servicios que los médicos y otros proveedores que no sean médicos y asistentes puedan considerar necesarios: (a) procesos, tratamientos y procedimientos médicos, quirúrgicos y de diagnóstico (por ejemplo, entre otros, radiografías, extracciones de sangre y pruebas de laboratorio); (b) administración de inyecciones, medicamentos y vacunas (con las vacunas que se administren después de que reciba cualquier declaración de información sobre vacunas ("VIS" o "VISs") que corresponda; y (c) realización de las pruebas apropiadas necesarias por razones médicas para descubrir enfermedades contagiosas y de otro tipo.

Firma: _____ Fecha: _____

**Servicios Del Empleador: Autorización Para Divulgar Información
Protegida De Salud (PHI) Conforme A La Publicación De La HIPAA**

Autorizo a Concentra a utilizar y divulgar la información protegida de salud (PHI) de los registros de:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Propósito De La Divulgación

Lesión ocupacional

Lesión no ocupacional

Otro

Confirmación De Quién Puede Recibir Copias De Sus Registros

Nombre del empleador o entidad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de fax: _____ Número de teléfono de confirmación: _____

Relacionado Con Esta Autorización:

- Estoy consciente de que las copias de los registros de los servicios prestados el _____ (fecha del servicio) y las citas subsecuentes relacionadas que contienen PHI, que pueden incluir los resultados de pruebas o evaluaciones, incluidos un diagnóstico, historial médico, notas de transcripción y pruebas así como evaluaciones realizadas que mi empleador, empleador prospecto o entidad de terceros ha solicitado o que requiere.
- Autorizo a Concentra para que comparta con mi empleador, compañía de seguros y/o sus representantes, cualquier información médica, que incluye cualquier nota de psicoterapia, información psiquiátrica, de enfermedades de transmisión sexual, abuso de alcohol y drogas y/o estado de VIH/SIDA, que se obtiene como parte del tratamiento por lesiones/enfermedades relacionadas con este trabajo o un examen relacionado con el empleo.
- Entiendo que, si la persona o entidad que reciba la información anterior no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, dicha persona o entidad puede volver a divulgar la información descrita anteriormente y esta ya no estará protegida por las regulaciones federales de confidencialidad.
- Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto hasta donde Concentra ya haya implementado esa medida, al proporcionar una solicitud por escrito al Centro donde recibí atención médica.
- Entiendo que Concentra no puede negarme el tratamiento si no completo este formulario de autorización, pero puede denegarme los servicios cuando estos solo sirvan para generar PHI y compartirla con un tercero.
- Tengo derecho a no firmar esta autorización o a limitar al mínimo necesario la información que autorizo a divulgar; sin embargo, si me rehúso a firmar esta autorización o limito la divulgación de mi PHI, puedo infringir una condición de empleo o de empleo potencial.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo mediante el envío de un aviso por escrito al Centro de Concentra donde recibí los servicios. Sin embargo, si estoy aquí por una visita relacionada con el trabajo, esta se encuentra sujeta a la Compensación de trabajadores, bajo algunas leyes estatales, y no se me permite revocar esta autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

_____ O _____
Firma del paciente/Fecha: _____ **Firma del representante del paciente/Fecha:** _____

Nombre en letra de molde del representante del paciente

Explicación de su derecho legal para firmar por el paciente

Para hacer preguntas de la HIPAA relacionadas con este formulario, comuníquese con la Oficina de privacidad llamando al 1-800- 819-5571.

Coronavirus (COVID-19) Assessment evaluación de coronavirus (COVID-19)

Date: _____

The purpose of this questionnaire is to assist your employer in providing a safe workplace for you and your co-workers as America reopens its businesses. Your responses will be used by our clinicians to identify potential risk factors that can be managed to minimize avoidable exposure to Coronavirus during the return-to-work process.

Your accuracy and honesty in answering the following questions is critical to ensuring the safety of you and your co-workers. Please have a calendar available to assist you with answering the questions because precise dates are needed by our clinicians in making the safest decisions for you.

El propósito de este cuestionario es ayudar a su empleador a proporcionar un lugar de trabajo seguro para usted y sus colegas a medida que Estados Unidos reabre sus negocios. Nuestros médicos utilizarán sus respuestas para identificar los posibles factores de riesgo que se pueden manejar para minimizar la exposición al coronavirus que sea evitable durante el proceso de regreso al trabajo.

Su precisión y honestidad al responder las siguientes preguntas es fundamental para garantizar la seguridad de usted y sus compañeros de trabajo. Tenga un calendario disponible para ayudarlo a responder las preguntas. Nuestros médicos necesitan fechas precisas para tomar las decisiones más seguras para usted.

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____ Cell Phone: _____ Employer: _____
Fecha de nacimiento (MM / DD / AAAA): Teléfono celular: Empleador:

Have you at any time been a registered patient at Concentra for any reason since 2014? Yes/Sí No
¿Alguna vez ha sido un paciente registrado en Concentra por alguna razón desde 2014?

Section 1 – Employment History Sección 1 - Historial de Empleo

1. What is your job title? _____
¿Cuál es su título de trabajo?
2. When was your last day on the job, if applicable? _____
¿Cuándo fue su último de trabajo, si aplica?
3. How many co-workers do you work with in your department on a regular basis? _____
¿Con cuántos compañeros de trabajo trabaja regularmente en su departamento?
4. Are employees following “social distancing” guidelines (staying at least 6 feet apart)? Yes/Sí No Unknown/Desconocido
¿Están los empleados siguiendo las pautas de “distanciamiento social” (manteniéndose al menos a 6 pies de distancia)?
5. Describe your work setting:
Describa su entorno de trabajo
 - Health Care/First Responder (EMS) (GO DIRECTLY TO SECTION 1A)
Atención médica / Primeros auxilios (EMS) (VAYA DIRECTAMENTE A LA SECCIÓN 1A)
 - Service/Food Industry
Servicio / Industria alimentaria
 - Factory/Warehouse
Fábrica / Almacén
 - Transportation Industry
Industria de transporte
 - Law Enforcement/Firefighter
Cumplimiento de la ley / Bombero
 - Correctional facilities
Instalaciones correccionales
 - Construction/Agriculture
Construcción / Agricultura
 - Other: _____
Otro

6. Is CORONAVIRUS screening performed at your place of employment? Yes/Sí No Unknown/Desconocido
Exámenes de detección de CORONAVIRUS se realizan en su lugar de trabajo?
- Symptom screens (asked for symptoms of cough, sore throat, loss of sense of smell, body aches etc.)
Se detectan síntomas (de tos, dolor de garganta, pérdida del sentido del olfato, dolores corporales, etc.)
 - Temperature checks
Controles de temperatura
 - Coronavirus active infection (RNA) testing or antibody blood work testing
Prueba de infección activa (ARN) de coronavirus o análisis de sangre de anticuerpos
7. Are all employees required to wear masks and/or other personal protective equipment? Yes/Sí No Unknown/Desconocido
¿Todos los empleados deben usar máscaras y / u otra protección personal?

Skip to Section 2 if you do not work in health care.

Salte a la sección 2 si no trabaja en la industria de salud.

Section 1A – Health Care Personnel Only

Sección 1A - Sólo personal de atención médica

1A. Job Title:

Título del puesto:

- Nurse
Enfermera
- Physician/PA/APRN
Médico / PA / APRN
- Nursing or medical assistant
Enfermería o asistente médico
- Respiratory Therapist
Terapeuta respiratorio
- PT/OT
PT/OT
- First Responder
Primeros auxilios
- Reception/Front Desk
Recepción
- Other _____
Otro

2A. What is your work setting?

¿Cuál es su entorno laboral?

- Hospital
Hospital
- Prehospital/Field Work/Dispatch
Prehospitalario / Trabajo de campo / Despacho
- Medical Office/Clinic
Consultorio médico / Clínica
- Home care
Atención domiciliaria
- Long term care facility
Instalación de cuidado a largo plazo

3A. Have you had direct and prolonged exposure, or provided care for patients with suspected or confirmed Coronavirus illness?

¿Ha tenido exposición directa y prolongada, o ha brindado atención a pacientes con sospecha o confirmación de enfermedad por Coronavirus?

- Yes: Provide details:
Sí: proporcione detalles:

No

4A. If yes, was personal protective equipment used?

En caso afirmativo, ¿se utilizó equipo de protección personal?

- Yes/Sí:
- Face Mask/Mascarilla N-95 respirator/Respirador N-95 Impermeable gown/Bata impermeable
- Eye protection/Protección para los ojos Tyvek Suit/Traje Tyvek
- No

5A. Is Coronavirus illness screening performed at your place of employment?

¿Se realiza la detección de la enfermedad por Coronavirus en su lugar de trabajo?

- Symptom screens (asked for symptoms of cough, sore throat, loss of sense of smell, body aches etc.)
Detección de síntomas (de tos, dolor de garganta, pérdida del sentido del olfato, dolores corporales, etc.)
- Temperature checks
Controles de temperatura
- Coronavirus active infection (RNA) testing or blood work
Prueba de infección activa (ARN) de coronavirus o análisis de sangre de anticuerpos

6A. Are all employees required to wear masks and/or other personal protective equipment (PPE)?

¿Se requiere que todos los empleados usen máscaras y / u otro equipo de protección personal (PPE)?

- Yes/Sí
- No

7A. Are all visitors, patients, residents required to wear facial covering?

¿Se requiere que todos los visitantes, pacientes y residentes usen cobertura facial?

- Yes/Sí
- No

Section 2 – Your Personal Medical History

Sección 2: Su Historial Médico Personal

1. Have you been diagnosed with any of the following medical conditions? (check *all that apply*):

¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones médicas? (marque todo lo que corresponda):

- Serious heart disease (heart attack, angina, congestive heart failure, irregular heartbeat, stent, pacemaker, other). If so, do you have any of these symptoms associated with your heart condition in the past month? Check all that apply:
enfermedad cardíaca grave (ataque cardíaco, angina, insuficiencia cardíaca congestiva, latidos cardíacos irregulares, stent, marcapasos, otros). Si es así, ¿ha tenido alguno de estos síntomas asociados con su afección cardíaca en el último mes? Marque todo lo que corresponda:
- Frequent pain or tightness in your chest
Dolor frecuente u opresión en el pecho
- Pain or tightness in your chest that interferes with activities of daily living
Dolor u opresión en el pecho que interfiere con las actividades de la vida diaria
- Heart skipping or missing a beat
Salto o falta de latido del corazón
- Any other symptoms related to heart or circulation problems _____
Cualquier otro síntoma relacionado con problemas cardíacos o circulatorios
- Moderate or severe asthma, COPD, emphysema, or chronic lung disease. If so, do you have any of these symptoms associated with your lung condition in the past month? Check all that apply:
Asma moderada o grave, EPOC, enfisema, o enfermedad pulmonar crónica. Si es así, ¿ha tenido alguno de estos síntomas asociados con su afección pulmonar en el último mes? Marque todo lo que corresponda:
- Shortness of breath
Falta de aliento
- Have to stop for breath when walking or that interferes with your job
Debe detenerse para respirar al caminar o realizar funciones de trabajo
- Coughing that produces phlegm (thick sputum)
Tos que produce flema (esputo espeso)

- Wheezing that interferes with activities of daily living
Sibilancias que interfieren con las actividades de la vida diaria
- Chest pain when you breathe deeply
Dolor en el pecho cuando respira profundamente
- Any other symptoms related to lung problems _____
Cualquier otro síntoma relacionado con problemas pulmonares

Diabetes (with or without insulin use) What was your last HgA1c or blood sugar? _____
Diabetes (con o sin uso de insulina) ¿Cuál fue su último HgA1c o azúcar en la sangre?

High blood pressure. What was your last blood pressure reading, if known? _____
Presión arterial alta. ¿Cuál fue su última lectura de presión arterial, si se conoce?

Chronic kidney disease on dialysis
Enfermedad renal crónica en diálisis

Immunocompromised due to health condition or medications suppressing immune system
Sistema inmune comprometido debido a problemas de salud o medicamentos que inhiben el sistema inmune.

Cancer currently undergoing chemotherapy, radiation therapy or other treatment
Cáncer para el que actualmente recibe quimioterapia, radioterapia u otro tratamiento

Liver disease
Enfermedad hepática

Other chronic illness: _____
Otra enfermedad crónica

2. Are you age 65 or older? Yes/Sí No
¿Tiene 65 años o más?

3. Height _____ feet _____ inches Weight _____ pounds (Concentra will calculate BMI) BMI _____
Altura _____ pies _____ pulgadas Peso _____ libras (Concentra calculará el IMC) IMC

4. Since your last day of work, have you been evaluated for any new personal medical problems, hospitalizations or surgeries? If so, please describe:
¿Ha sido evaluado por nuevos problemas médicos personales desde su último día de trabajo? Si es así, describa:

5. Since your last day of work, have you been treated for a new injury or illness? If so, please describe:
¿Ha recibido tratamiento por una nueva lesión o enfermedad desde su último día de trabajo? Si es así, describa:

6. Since your last day of work, has your health status changed in any way that would make it impossible or difficult to assume your usual job duties? If so, please describe:
¿Ha cambiado su estado de salud de alguna manera que haga imposible o difícil asumir sus deberes laborales habituales desde su último día de trabajo? Si es así, describa

7. Are you on any medications? (including both prescription and over-the-counter)
¿Está tomando algún medicamento? (incluso con receta o sin receta)

Yes/Sí

No

If Yes, please list:
En caso afirmativo, indique el nombre del medicamento:

Section 3 – Coronavirus Illness and Exposure History

Sección 3 - Historia de Enfermedad y Exposición a Coronavirus

If you have a fever, cough or other symptoms listed you might have COVID-19. Most people have mild illness and are able to recover at home. If you think you may have been exposed to COVID-19, contact your healthcare provider immediately. **If you have severe shortness of breath and/or trouble breathing** get medical attention right away.

Si tiene fiebre, tos u otros síntomas, podría tener COVID-19. La mayoría de las personas tienen una enfermedad leve y logran recuperarse en casa. Si cree que pudo haber estado expuesto al COVID-19, contacte de inmediato a su proveedor de atención médica. Si tiene falta de aliento severa y/o dificultad para respirar busque atención médica de inmediato.

1. In the past 14 days, have you had (check all that apply):

En los últimos 14 días, ha tenido (marque todo lo que corresponda):

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cough
<i>Tos</i> | <input type="checkbox"/> Shortness of breath
<i>Falta de aliento</i> | <input type="checkbox"/> Unexplained muscle aches
<i>Dolores musculares inexplicables</i> | <input type="checkbox"/> Vomiting, nausea and/or diarrhea
<i>Vómitos, náuseas o diarrea</i> |
| <input type="checkbox"/> Sore throat
<i>Dolor de garganta</i> | <input type="checkbox"/> Sudden loss of smell or taste
<i>Pérdida repentina de olfato o sabor</i> | <input type="checkbox"/> Fever
<i>Fiebre</i> | <input type="checkbox"/> None of these
<i>Ninguno de estos</i> |

2. If checked, on what date did the symptoms begin? _____
Si es así, ¿en qué fecha comenzaron los síntomas?

3. On what date did the symptoms end? _____
¿En qué fecha terminaron los síntomas?

4. What date was the last day you experienced fever without the use of fever lowering medications? _____
¿En qué fecha fue el último día que experimentó fiebre sin el uso de medicamentos para bajar la fiebre?

5. Have you been tested for Coronavirus illness or immunity?
¿Le han realizado pruebas de inmunidad o enfermedad por coronavirus?

- Yes/Sí Date tested: _____
Fecha de la prueba

Coronavirus active infection (RNA) test: Test results:
Prueba de infección activa (ARN) de coronavirus:: Resultados de la prueba:

- Negative Positive for Infection
Negativo Positivo para infección

Antibody/immunity test:
Prueba de inmunidad de anticuerpos:

- Negative Positive for antibodies
Negativo Positivo para anticuerpos

- No Other test results (influenza, flu, strep) _____
Otros resultados (influenza, gripe, estreptococos)

6. Have you been diagnosed with suspected Coronavirus illness *without* the use of testing?
¿Le han diagnosticado con sospecha de enfermedad de Coronavirus sin hacerse la prueba?

- Yes/Sí Date of diagnosis: _____
Fecha de diagnóstico

- No

7. In the past 14 days, have you been exposed to someone with suspected or confirmed Coronavirus illness?
En los últimos 14 días, ¿ha estado expuesto a alguien con sospecha o confirmación de enfermedad de coronavirus?

- Yes/Sí:
(check *all that apply*):
(marque *todo lo que corresponda*):

- Date of last known exposure with individual. Date: _____
Fecha de la última exposición conocida con el individuo. Fecha:

- This exposure is considered close contact (within 6 feet) for a prolonged period of time
¿Se consideró esta exposición contacto cercano (dentro de los 6 pies) durante un período prolongado de tiempo?

- The exposure is to a household member, intimate partner or care provider
¿Esta exposición es con un miembro del hogar, pareja íntima o proveedor de atención?
- No
8. Have any employees, residents or visitors at your location(s) been diagnosed with suspected or test-confirmed Coronavirus illness?
¿Se ha diagnosticado a algún empleado o residente en su (s) ubicación (es) con una prueba confirmada de enfermedad de coronavirus?
- Yes. Date of most recent diagnosis with Coronavirus illness if known: _____
Sí. Fecha del diagnóstico más reciente con enfermedad por Coronavirus si se conoce:
- No
9. If Yes to the above: (check *all that apply*):
Si es así: (marque todas las opciones que correspondan):
- Have you been in close proximity (within 6 feet) with them for a prolonged period of time?
¿Ha estado cerca (dentro de 6 pies) con ellos durante un período prolongado de tiempo?
- Were either you or the individual with Coronavirus illness wearing masks or other personal protective equipment?
¿Estaba usted o la persona con enfermedad de Coronavirus usando máscaras u otro equipo de protección personal?
- Last known exposure with individual, date: _____
Última exposición conocida con el individuo, fecha:
10. Have you traveled or returned from travel within the last 14 days for your work or personal reasons?
¿Ha usted viajado o regresado de viaje por motivos personales o de trabajo en los últimos 14 días?
- Yes. List travel locations in the last 14 days: _____
Sí. Enumere las ubicaciones en los últimos 14 días
- No
11. Are you wearing a face mask at all times in public areas?
¿Está usando una máscara facial en todo momento en áreas públicas?
- Yes/Sí
- No
12. Have you been adhering to “shelter in place” and “social distancing” mandates?
¿Se ha adherido a los mandatos de “refugio en su lugar” y “distanciamiento social”?
- Yes/Sí
- No
13. Would you like to speak to a clinician about your answers to the Questionnaire?
- Yes/Sí
- No

The above answers are true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that falsification or omission of such information may be grounds for termination from employment and may put myself, co-workers, and the public at health risk.

Las respuestas anteriores son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que la falsificación u omisión de dicha información puede ser motivo de terminación de empleo y puede poner a mí, a mis compañeros de trabajo y al público en general en riesgo de salud.

Patient Signature
Firma del paciente

Patient Name
Nombre del paciente

Date
Fecha

FOR CONCENTRA USE ONLY

Coronavirus (COVID-19) Assessment

Work Status

Patient Name: _____ Date of Service: _____

Based on the employee's responses to the Coronavirus (COVID-19) Assessment concerning symptoms of Coronavirus illness (COVID-19) and recent exposures to an individual with suspected or confirmed coronavirus illness (COVID-19), I recommend the following:

Medical recommendation*

_____ May work without limitations

_____ May return to work in _____ days on _____ date.

_____ Work limited to ___ lower SARS CoV-2 exposure risk jobs^{1,2} ___ medium SARS CoV-2 exposure risk jobs^{1,3}

_____ Determination pending, additional evaluation and/or testing recommended as indicated below:

Coronavirus (COVID-19) Clearance/RTW Evaluation (in person or telemedicine)

SARS CoV-2 RNA COVID19 39448

SARS CoV-2 AB IgG COVID19 39504

Other _____

_____ Unable to meet job duties. **Employee instructed to follow up with personal physician.**

Remarks: (No protected health information in this area) _____

Clinician's Printed Name

Clinician's Signature

Date

*The above work status is issued with the understanding that all employers will adhere to the recommendations of the CDC and OSHA for coronavirus workplace practices and controls applicable to the employee's risk of exposure at work.

¹The workplace risk level is from the Occupational Risk Pyramid described in the OSHA publication, [Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19](https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf), OSHA publication 3990), www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf.

²**Lower exposure risk jobs** are those that do not require contact with people known to be, or suspected of being, infected with SARS-CoV-2, nor frequent close contact with, i.e., within 6 feet of, the general public.

³**Medium exposure risk jobs** include those with frequent and/or close contact with, i.e., within 6 feet of, people who may be (but are not known to be) infected with SARS-CoV-2.

High and very high exposure risk jobs are those with high potential for exposure to known or suspected sources of SARS-CoV-2 that occurs during specific medical, postmortem, or laboratory procedures.