

Employer Services Patient Information

Información del paciente para servicios del empleador

Reason for Today's Visit (Motivo de la visita de hoy)

Coronavirus (COVID-19) Assessment (evaluación de coronavirus (COVID-19)) Other/Otro _____

Social security number or Military DBN/N.º de Seguro Social o DBN militar: _____

Date of birth (MM/DD/YYYY)/Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Last name: _____ First name: _____ Middle initial: _____
Apellido Primer nombre Inicial 2.º nombre

Address: _____ Apartment number: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____
Dirección: Apto. N.º: Ciudad: Estado: Código postal:

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

Male/Masculino Female/Femenino Single/Soltero Married/Casado

Email address: _____ Concentra may send a detailed email: Yes/Sí No/No

For security of your records, all emails containing protected health information (PHI) are sent encrypted. (Para seguridad de sus registros, todos los correos electrónicos que contengan información de salud protegida (protected health information, PHI) se envían cifrados.)

Employer Requesting Services (Empleador que solicita los servicios)

Company name/Nombre de la compañía: _____ Location/store number/Número de tienda/ubicación: _____

Address/Dirección: _____ Suite number/N.º suite: _____ City/Ciudad: _____

State/Estado: _____ ZIP/Código postal: _____

Is your employment arranged through a temporary hire agency? (¿Se coordinó su empleo a través de una agencia de contratación temporal?) Yes/Sí No/No

Name of agency/Nombre de la agencia: _____ Agency phone/Teléfono de la agencia: _____

Notice of Privacy Practices (Aviso de prácticas de privacidad)

Your name and signature below indicates that you have been made aware of Concentra's Notice of Privacy Practices (NOPP) on the date indicated. You understand that the NOPP is posted in the center and a copy will be provided to you if you request it. If this is your first date of service with Concentra, please indicate this to the front desk receptionist and he/she will provide you a copy of the NOPP. If you have any questions regarding the information in Concentra's Notice of Privacy Practices, contact Concentra's Privacy Office at 800-819-5571 or privacyoffice@concentra.com.

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.

Name: (please print) _____
Nombre: (escriba en letra de molde)

Date notice received: _____
Número de tienda/ubicación

Signature: _____
Firma

Date: _____
Fecha

The information provided is correct to the best of my knowledge. I will not hold Concentra, its health provider, or its employees responsible for any errors or omissions that I may have made in completing the information on this form.

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.

Signature: _____
Firma

Date: _____
Fecha



**Employer Services-Authorization For Disclosure
of Protected Health Information (PHI) HIPAA Release**

**SERVICIOS DEL EMPLEADOR: AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE
SALUD (PHI) CONFORME A LA PUBLICACIÓN DE LA HIPAA**

I authorize Concentra to use and disclose protected health information (PHI) from the record(s) of (*Autorizo a Concentra a utilizar y divulgar la información protegida de salud (PHI) de los registros de*):

Patient's Name: _____
Nombre del paciente:

Birthdate: _____
Fecha de nacimiento:

Purpose of Disclosure (PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN)

Other/Otro

**Confirmation of Who May Receive Copies of Your Records (CONFIRMACIÓN DE QUIÉN PUEDE RECIBIR
COPIAS DE SUS REGISTROS)**

Employer or Entity Name (Nombre del empleador o entidad): _____

Address/Dirección: _____ **City/Ciudad:** _____ **State/Estado:** _____ **ZIP/Código postal:** _____

Fax Number: _____ **Confirmation Telephone Number:** _____
Número de fax: _____ *Número de teléfono de confirmación:*

In Connection With This Authorization (RELACIONADO CON ESTA AUTORIZACIÓN):

- I understand that if the person or entity that receives the above information is not a health care provider or health plan covered by federal privacy regulations, the information described above may be re-disclosed by such person or entity and will likely no longer be protected by the federal privacy regulations.
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.
- I understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that action has already been taken by Concentra, by providing a written request to the Center where my care was provided.
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.
- I understand that Concentra may not deny treatment if I do not complete this authorization form but may deny services when the services are only to create PHI for disclosure to a third party.
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.
- I have a right to not sign this authorization or to limit the information I authorize to be disclosed to the minimum necessary, however, refusal to sign this authorization or to limit disclosure of my PHI may violate a condition of employment or prospective employment.
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.
- I may revoke this authorization at any time, but I must do so by submitting a written notice to the Concentra center where I received services. However, if I am here for a work-related visit that is subject to Workers' Compensation, under some state laws I am not allowed to revoke this authorization.
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.

I have a right to receive a copy of this authorization (*Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.*)

Patient's Signature/Date: _____ *or/o* **Signature of Patient's Representative/Date:** _____
Firma del paciente/Fecha *Firma del representante del paciente/Fecha*

Printed Name of Patient's Representative
Nombre en letra de molde del representante del paciente

Explanation of your legal right to sign for the patient
Explicación de su derecho legal para firmar por el paciente

* For HIPAA questions related to this form, please contact the Concentra Privacy Office at 1-800-819-5571.
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 and your co-workers.

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

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 – Coronavirus Illness and Exposure History

Sección 2 - Historia de Enfermedad y Exposición a Coronavirus

If you have a fever, cough or other symptoms listed below 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):

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

2. If symptoms are 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

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*

_____ Cleared to work

_____ Not cleared to work until _____ date

_____ 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

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.

**If status above listed as determination pending, please document status after review of additional records/testing:

_____ May work without limitations/restrictions

_____ May work only with the following limitations/restrictions: _____

_____ Unable to meet physical requirements of the job.

Date Final Determination Made

Clinician's Printed Name

Clinician's Signature