



Employer Services Patient Information

About You

Reason for Today's Visit

Injury care Physical exam DOT (CDL) certification Drug screen Other: _____

Social security number or Military DBN: _____ Date of birth (MM/DD/YYYY): _____

Last name: _____ First name: _____ Middle initial: _____

Address: _____ Apartment number: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____

Home phone: _____ Work phone: _____ Cell phone: _____

Male Female Single Married

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

For security of your records, all emails containing protected health information (PHI) are sent encrypted.

About Your Employer

Employer Requesting Services

Company name: _____ Location/store number: _____

Address: _____ Suite number: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____

Is your employment arranged through a temporary hire agency? Yes No

Name of agency: _____ Agency phone: _____

Notice of Privacy Practices

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.

Name: (please print) _____ Date notice received: _____

Signature: _____ Date: _____

Consent

(If you are ONLY here for a Department of Transportation drug screen or breath alcohol test, skip this section. For all other services, please complete.)

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.

Signature: _____ Date: _____

I give permission to Concentra to perform the following services that the physicians and other non-physician providers and assistants may deem to be necessary: (a) medical, surgical, and diagnostic (e.g., including but not limited to x-rays, blood draws, and laboratory tests) processes, treatments, and procedures; (b) administration of injections, medications, and immunizations (with immunizations to occur after my receipt of any applicable vaccine information statements ("VIS" or "VISs")); and (c) completion of medically appropriate tests for communicable and other diseases.

Signature: _____ Date: _____



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: _____