

Mejorar la salud de la fuerza laboral de Estados Unidos, un paciente a la vez.

### Motivo de la visita de hoy

Cuidado de lesión  Examen físico  Certificación DOT (CDL)  Prueba de detección de drogas  Otro: Hep-B vacuna/prueba

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 usted

### Empleador que solicita los servicios

Nombre de la compañía: Montgomery College Número de tienda/ubicación: Attn: Accounts Payable

Nombre del contacto: Michael Roche Teléfono del contacto: 240-567-4266

Dirección: 9221 Corporate Blvd N.º suite: \_\_\_\_\_ Ciudad: Rockville Estado: MD Código postal: 20850


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

Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de la agencia: \_\_\_\_\_

Acerca de su empleador

### Consentimiento

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: \_\_\_\_\_

### 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](mailto:privacyoffice@Concentra.com).

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

 Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_