



Hora: _____

Fecha: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

[Patient information]

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
[Last Name] [First Name] [Initial]

Numero de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
[Social Security Number] [Date of Birth] [Age]

Numero de Licencia de Conducir: _____ Estado _____ Clase _____ Otra identificación _____
[Drivers License Number] [State] [State] [Other Identification #]

Direccion _____
[Address]

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
[City] [State] [Zip Code]

Telefono(_____) _____ Telefono del Trabajo(_____) _____ Ext _____
[Home Phone] [Work Phone]

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Soltero Casado
[Marital Status] [Single] [Married]

Nombre de Contacto de emergencia: _____ Telefono (_____) _____
[Emergency Contact Name] [Phone]

La Paga del paciente privado (Si esta caja se ha marcado por favor no complete la información de Empleador)

Nombre de la Compañia _____ Fecha de Empleo: _____
[Employer] [Hire date]

¿La Agencia de temporero? Sí No
[Temp Agency]

Direccion _____ Telefono(_____) _____
[Employer's Address] [Phone]

Locacion/Numero de Tienda _____ Nombre del Supervisor(a) _____
[Location/Store #] [Supervisor]

PROPOSITO DE VISITA:

[Purpose of visit]

¿Sufrio un accidente de Trabajo? Sí No
[Injury on the Job?]

¿Fecha Cuando Ocurrio? _____ ¿Hora? _____
[At What Time?]

¿Area de su Trabajo donde Ocurrio el Accidente?
[Location of Incident]

¿Parte del cuerpo que se lastimo? _____
[Where are you hurt?]

Derecho _____ Izquierdo _____
[Right] [Left]

¿Describa como ocurrio el accidente?
[How did the accident occur?]

Yo estaba... _____

Visita no Relacionada con accidente

- Razon: Pre-empleo
 Anual/Cada 2 años
 HazMat/Environmental
 Sorteado/al azar
 Post-accidente
 Otro _____

- Tipo de Servicio: Fisico
 DOT (CDL)
 Examen de drogas
 Examen Fisico y drogas
 Otro _____

Usted puede contactar a mi empleador para verificar el propósito de mi visita si necesario. _____

Firma de Paciente