



Central Occupational Medicine Providers

Comprehensive Industrial Case Management & Treatment Centers

BIOMETRIC PHYSICAL GENERAL AUTHORIZATION AND CONSENT FORM (AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO GENERAL)

Patient No 19- _____

Sign In Date _____

First Name (Nombre): _____ Middle Initial (Inicial de 2^{do} Nombre): _____ Last Name (Apellido): _____

Social Security Number (Numero de Seguro Social): _____ - _____ - _____

Sex (Sexo): Male (Masculino) Female (Femenino) Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ / _____ / _____

Address (Domicilio): _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Código Postal): _____

Telephone# (Teléfono): Home (Casa): (_____) _____ - _____ Cell (Celular): (_____) _____ - _____

Email (Correo Electrónico): _____

Employer/Agency (Compañía/ Agencia): _____ Occupation (Ocupación): _____

Medications(s) Taken, Include Supplements (Medicamento(s) Tomados (Incluyendo Suplementos) _____

AUTHORIZATION & CONSENT (AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO)

I, the undersigned, hereby authorize COMP to provide my employer / agency with information pertaining to my physical condition and any diagnosis rendered by the physicians. By signing this agreement, I am consenting to the collection of samples to be tested for screening purposes. My signature below indicates my understanding of this AUTHORIZATION & CONSENT and by signing this section, I specifically allow the results of any procedures done by COMP to be released to my employer or any of their delegates.

Yo, el abajo firmante, autorizo a COMP el poder de proveer a mi compañía/agencia para la cual trabajo con información relacionada a mi condición física y cualquiera de los diagnósticos proporcionados por los médicos. Al firmar este acuerdo, estoy consintiendo en la colección de muestras que deben analizarse para fines de detección. Mi firma indica mi comprensión acerca de esta AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO y se que firmando este formulario, yo permito específicamente que los resultados de los procedimientos que se llevan a cabo por parte de COMP pueden ser revelados a mi empleador o cualquiera de sus delegados.

Signature (Firma)

Date (Fecha)

MINOR CONSENT (CONSENTIMIENTO DE MENORES)

This is to certify that I, the parent/guardian of _____, have authorized COMP to provide any necessary procedures to the above mentioned minor. By signing this section, I also authorize COMP to disclose all pertinent medical information and results of the procedures, if necessary, to the employer of the above mentioned.

Esto es para certificar que yo, el padre/tutor de _____ autorizo a COMP para que pueda practicar todos los procedimientos necesarios a el/la menor mencionado(a). Al firmar abajo, autorizo a COMP para que pueda revelar toda la información médica pertinente y los resultados de los procedimientos, necesario, al empleador del o de la mencionado(a).

Parent / Guardian Signature (Firma El Padre/Tutor)

Date (Fecha)

REFUSAL (RECHAZO)

I, the undersigned, hereby refuse to authorize the testing of my samples for screening purposes and / or the release of my medical results to my employer / agency. Furthermore, by doing this I fully understand that my refusal may be considered to be the same as a positive test depending on the policy my company follows.

Yo, el abajo firmante, me niego a autorizar las pruebas de mis muestras con fines de detección y/o la emisión de los resultados de mi médico a mi empleador/agencia. Además, al hacer esto, entiendo perfectamente que mi rechazo puede ser considerado como un examen positivo dependiendo de la póliza laboral de la compañía para la cual trabajo.

Signature (Firma)

Date (Fecha)

↓↓↓ For Clinic Use Only (Usó Único De Clínica) ↓↓↓

ADDITIONAL NOTES OR COMMENTS:

DATE / TIME / INITIAL	REASON



Central Occupational Medicine Providers

Comprehensive Industrial Case Management & Treatment Centers

GENERAL AUTHORIZATION AND CONSENT FORM (AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO GENERAL)

Patient No 19- _____

Sign in Date _____

MA Initial _____

Quick Test (5 / 9 / 10 / 12 / E-Cup)

Negative Further Testing Needed

FTN for what type of drug? _____

Temperature between 90 – 100 Degrees _____ °F

DSS (Nida / Non-Nida / Single / Split / Hair / Other)

COL (Nida / Non-Nida / Single / Split / Hair / Other)

BAT (Nida / Non-Nida)

Audio

Physical Agility Test (PAT)

Pulmonary Function Test

Mask Fit

N95

Age _____

Reports

Dot Physical

Return to Work

Biometric Physical

Intermediate Physical

PPD / TB

Hep B

Titer

MMR

HEP-B

Varicella

Bio _____ lbs

Lift Test _____ lbs

Back X-Ray Chest X-Ray

EDEX

Jamar

Flu

Tetanus/TDAP

Date of Last Tetanus Shot

Donor/Patient Signature: _____

Date: _____



PHYSICAL EXAM QUESTIONNAIRE (CUESTIONARIO DE LA EXAMINACIÓN FÍSICA)

Patient No 17- _____

Sign In Date _____

First Name (Nombre): _____ Last Name (Apellido): _____

Table with 3 columns: Response options (Yes/No), English question, and Spanish question. Rows cover various medical conditions like eye injuries, lung issues, diabetes, and physical ailments.

<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	a speech impediment?	<i>un impedimento discurso?</i>
<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	a history of addiction to drugs or alcohol?	<i>un historial de adicción a drogas o alcohol?</i>
<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	any existing temporary medical conditions such as broken bones or are recovering from surgery?	<i>as condiciones médicas temporales existentes, como roto huesos o se están recuperando de una cirugía?</i>
Other questions...		Otras preguntas...
<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	Is there any reason why you cannot wear a respirator?	<i>¿Hay alguna razón por la que no se puede usar un respirador?</i>
<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	Are you under a doctor's care for a condition currently?	<i>¿Está bajo el cuidado de un médico por una afección en la actualidad?</i>
<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	Are you currently taking any medication?	<i>¿Está tomando algún medicamento?</i>
<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	Have you ever had an illness or injury which caused you to lose time from work?	<i>¿Alguna vez tenía una enfermedad o lesión que le hizo perder el tiempo de trabajar?</i>
<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	If so, does this illness or injury continue to limit your ability to perform certain types of work?	<i>En caso afirmativo, qué las enfermedades o lesiones siguen limitando su capacidad para realizar ciertos tipos de trabajo?</i>
<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	Tobacco use?	<i>Uso de tabaco?</i>
<input type="text"/> a day (al día)	If yes, how much?	<i>En caso afirmativo, cuántas veces?</i>
<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	Alcohol use?	<i>Uso de alcohol?</i>
<input type="text"/> a week (a la semana)	If yes, how much?	<i>En caso afirmativo, cuántas veces?</i>

Please explain all questions marked yes above. *(Por favor explique todas las preguntas marcadas sí anteriormente.)*

Physical Agreement and Consent (Acuerdo Física y Consentimiento)

By signing my name below, I am stating that all the information provided above is true and factual as of the date below and I understand the questions fully. I also understand that by withholding or misrepresenting my medical history depending on the company protocols, it may be considered as attempted fraud and may result in my termination from employment and/or rejection of the job offer. **A physical impairment does not necessarily disqualify you from the job you are applying for.**

*Firmando mi nombre abajo, estoy indicando que toda la información proporcionada arriba es verdad y efectiva en fecha la fecha abajo y entiendo las preguntas completamente. También entiendo eso reteniendo o falsificando mi historial medico, dependiendo de los protocolos de la compañía, puede ser considerado como fraude frustrado y puede dar lugar a mi terminación del empleo y/o a un rechazamiento de la oferta de trabajo. **Una debilitación física no le descalifica necesariamente del trabajo que usted está solicitando.***

Patient Signature (Firma del Paciente)

Date (Fecha)



Patient :		Case Number :	
SSN :		Age :	
Employer :		Gender :	
Position :			

Height		Weight	Eye Color	Hair Color	Pulse	Blood Pressure	
FT.	IN.	LBS.				Lt: <input type="checkbox"/>	Rt: <input type="checkbox"/>

BIOMETRIC PHYSICAL

- MEDICAL QUESTIONNAIRE (REVIEWED)
- OTHERS: _____

LIFT/PAT	DRUG SCREEN	QUICK TEST	CHEST X-RAY	BACK X-RAY
<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ABNORMAL	<input type="checkbox"/> PERFORMED <input type="checkbox"/> COLLECTED	<input type="checkbox"/> NEGATIVE <input type="checkbox"/> NON-NEG	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ABNORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ABNORMAL

COMMENT :

EXAMINATION : APPEARANCE - GOOD FAIR OVERWEIGHT UNDERWEIGHT

- SKIN NORMAL ABNORMAL _____
- HEAD & NECK NORMAL ABNORMAL _____
- EYES NORMAL ABNORMAL _____
- EARS NORMAL ABNORMAL _____
- MOUTH & TEETH NORMAL ABNORMAL _____
- THROAT NORMAL ABNORMAL _____
- LUNGS NORMAL ABNORMAL _____
- HEART NORMAL ABNORMAL _____
- ABDOMEN NORMAL ABNORMAL _____
- EXTREMITIES NORMAL ABNORMAL _____
- BACK NORMAL ABNORMAL _____
- NEUROLOGICAL NORMAL ABNORMAL _____
- HERNIA NORMAL ABNORMAL _____

OPINION & RECOMMENDATION:

- Failed to complete physical.
- Acceptance pending employee's receipt of medical clearance from private M.D.
- Acceptance subject to the following conditions as stated above.
- Acceptance without restrictions.

DOCTOR'S NAME

DOCTOR'S SIGNATURE