



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 _____

First Name (Nombre): _____ Middle Initial (Inicial de 2º 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 (Uso Único De Clínica) ↓↓↓

ADDITIONAL NOTES OR COMMENTS:

DATE / TIME / INITIAL

REASON

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: _____