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 2do 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)*

Patient No 19-_____

↓↓↓ For Clinic Use Only *(Uso Único De Clinica)* ↓↓↓

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: _____

Taken Out By: _____

Central Occupational Medicine Providers

Comprehensive Industrial Case Management & Treatment Centers

PHYSICAL EXAM QUESTIONAIRE

(CUESTIONARIO DE LA EXAMINACIÓN FÍSICA)

Patient No 18- _____

Sign In Date _____

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

	Have you ever...	***¿Alguna vez...***
☐Yes *(Sí)* ☐No	worn glasses or contact lenses?	*usado anteojos o lentes de contacto?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had an eye injury, surgery to the eyes, or an eye disease?	*tenido una lesión en el ojo, la cirugía de los ojos, o una enfermedad de los ojos?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had any lung or respiratory trouble (ie. bronchitis, tuberculosis, asthma, other)?	*tenido pulmonary o problemas respiratorios (bronquitis es decir, la tuberculosis, el asma, otros)?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had poliomyelitis?	*tenido la poliomielitis?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had hepatitis, jaundice or other similar ailments?	*tenido cáncer, tumores malignos o quistes?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had cancer, malignant tumors or cysts?	*tenido cáncer, tumores malignos o quistes?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	been diagnosed with diabetes or had sugar in your urine?	*sido diagnosticados con diabetes o tenían azúcar en su orina?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	been diagnosed with anemia or other blood disorders?	*sido diagnosticado con anemia u otros trastornos de la sangre?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had a mental illness or nervous breakdown?	*tenía una enfermedad mental o un ataque de nervios?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	suffered from stress-related problems?	*sufrido de problemas relacionados con el estrés?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	been diagnosed with a disorder to the nervous system?	*sido diagnosticados con un trastorno del sistema nervioso?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had a seizure or had a sudden loss of consciousness?	*tenido una convulsión o tuvo una pérdida repentina de la conciencia?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had an illness, work injury, or physical condition which required treatment as an outpatient or where surgery was recommended?	*tenía una enfermedad, accidente de trabajo, o condición física que requiere tratamiento como paciente ambulatorio o cuando la cirugía se recomiendia?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had an illness, work injury, or physical condition which required treatment, time away from work or restricted duties?	*tenido otra enfermedad, lesión de trabajo o condición física sobre cuál requiriero tratamiento o atencion medica como paciente no internado donde cirugía fue recomendada? (Excluya las enfermedades comunes, e.g. resfríos, gripe etc,)*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had chest pains, high blood pressure, or have been diagnosed with heart disease?	*tenía dolores de pecho, presión arterial alta, o han sido diagnosticados con las enfermedades del corazón?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had rheumatic fever?	*tenido fiebre reumática?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	been diagnosed with rheumatism, arthritis or bursitis?	*sido diagnosticados con reumatismo, artritis o bursitis?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had a back injury?	*tenido una lesión en la espalda?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had a CAT scan or myelography?	*tenido un CAT o mielografía?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had a head injury?	*tenido una lesión en la cabeza?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had any problems in the hips, knees, ankles, or feet?	*tenido ningún problema en las caderas, las rodillas, los tobillos o los pies?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had any problems with your hands, elbows, or shoulders?	*tenido ningún problema con las manos, los codos o los hombros?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had skin troubles or rashes due to medication or chemical exposure?	*tenía problemas de la piel o erupciones debido a los medicamentos o químicos la exposición?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had a gall bladder problem?	*tenía un problema de vesícula?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had stomach problems ,duodenal ulcers, rectal bleeding, or other bowel related problems?	*tenía problemas de estómago, úlceras duodenales, sangrado rectal, o otra intestinal relacionada problemas?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had a hernia or rupture?	*tenido una hernia o rotura?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had a kidney problem?	*tenido un problema de riñón?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	experienced shortness of breath outside of exercise?	*experimentado dificultad para respirar fuera del ejercicio?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	been hospitalized?	*estado hospitalizado?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	had severe headaches or migraines?	*tenido dolores de cabeza o migrañas severas?*
	Do you have...	***¿Tiene ...***
☐Yes *(Sí)* ☐No	any defects of the bones or joints such as amputations, dislocations, or broken bones?	*cualquier defecto de los huesos o de las articulaciones, tales como amputaciones, dislocaciones o huesos rotos?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	*sensitivity to dust or smoke?*	*sensibilidad al polvo o humo?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	any allergies?	*algún tipo de alergia?*
☐Yes *(Sí)* ☐No	any problems with your hearing?	*algún problema con su audiencia?*

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

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 witholding 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)

Central Occupational Medicine Providers

Comprehensive Industrial Case Management & Treatment Centers

AUDIOMETRIC INFORMATION FORM

(FORMA DE INFORMACION AUDIOMETRICA)

Patient No 18-_____

Sign In Date _____

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

	PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS...	*POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS...*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Prior to this test, has your hearing been tested by your current employer?	*¿Antes de esta examinación, su empleador a checado su sentido del oído?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Has your hearing been tested by your previous employer?	*¿Su sentido de oído, fue checado por su empleador anterior?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Have you ever been told by a doctor or an audiologist that you have measurable hearing loss in either / both ears? IF YES, please answer the following questions:	*¿Su doctor o audiologo le a dicho que tiene pérdida auditiva de oído, en los dos oídos o en uno? SI SU RESPUESTA ES SI, por favor conteste las siguientes preguntas*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Do you have hearing loss in your right ear only?	*¿Tiene usted pérdida auditiva del oído, en su lado derecho solamente?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Do you have hearing loss in your left ear only?	*¿Tiene usted pérdida auditiva del oído, en su lado izquierdo solamente?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Do you have hearing loss in both ears?	*¿Tiene usted pérdida auditiva de oído, en los dos lados?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Are you exposed to loud noises at your current job? IF YES, please answer the following questions:	*¿Esta usted expuesto a ruidos fuertes en su presente trabajo? SI SU RESPUESTA ES SI, por favor conteste las siguientes preguntas:*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Do you wear hearing protection at work?	*¿Uso usted protección de oído en su trabajo?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Do you wear ear plugs as hearing protection?	*¿Usa usted tampones en los oídos, como protección contra ruido?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Do you wear ear muffs as hearing protection?	*¿Usa usted manguitos del oído como protección contra el ruido?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Do you wear both ear plugs and ear muffs for hearing protection?	*¿Usa usted los dos tampones en los oídos y manguitos del oído como protección contra el ruido?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Were you exposed to loud noises while working for your previous employer? IF YES, please answer the following question:	*Fue usted expuesto a ruidos fuertes mientras trabajaba para su empleador anterior? SI SU REPUESTA ES SI, por favor conteste las siguientes preguntas:*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Did you wear hearing protection at work?	*¿Usted usó protección de oído en el trabajo?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Are you currently in military service OR have you been in military service in the past? IF YES, please answer the following question:	*¿En el presente, esta usted en el servicio militar, o a estado usted en el servicio militar en el pasado? SI SU RESPUESTA ES SI, por favor conteste las siguientes preguntas:*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Are you OR were you exposed to loud noises beyond basic training?	*¿Es usted o le expusieron a fuertes ruidos más allá de la formación básica?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Do you currently OR have in the past, done any noisy hobbies? (Ex. hunting with a gun, power tool usage, played in a band, etc.) IF YES, please answer the following question:	*¿En el presente o en el pasado a tenido usted pasatiempos ruidosos? (Ex. Cazar con un arma, el uso de herramienta eléctrica, participante en una banda, etc.) SI SU RESPUESTA ES SI, por favor conteste las siguientes preguntas:*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Did you wear hearing protection while doing your hobby?	*¿Uso usted proteccion auricular mientras practicaba el pasatiempo?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Do you have repeated earaches or have had your ear drained multiple times?	*¿Tiene usted dolor de oídos seguido; a tenido usted limpieza profesional de oídos varias veces?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Do you consistently have severe dizziness or a sudden loss of balance?	*¿Tiene usted mareos severos, constantemente o perdida de balance repentina?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Do you consistently hear a ringing noise in your ear? IF YES, please answer the following questions:	*¿Escucha usted constatemente un sonido en sus oídos? SI SU RESPUESTA ES SI, por favor conteste las siguientes preguntas:*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Does it occur all the time?	*¿Le pasa todo el tiempo?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Does it only occur following a work shift?	*¿Le pasa solamente después que termino su trabajo?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Do you currently have an illness (such as a cold or flu) which might affect your hearing today?	*¿En el presente tiene usted enfermedades (como resfrio o gripa) que pueda afectar su sentido del oído?*
☐ Yes *(Sí)* ☐ No	Have you worked in a noisy environment in the last 14 hours without hearing protection?	*¿A trabajado usted en un ambiente ruidoso en las ultimas 14 horas, sin protección audotivo?*

Audiometric Agreement and Consent *(Acuerdo y Consentimiento Audiometrico)*

By signing this agreement, I certify that the answers I have given above are to the best of my knowledge accurate. I also authorize this clinic to use the information I have given for the purpose of accomplishing a hearing conservation program.

Al firmar este acuerdo, certifico que los respuestas que he dado anteriormente, son verdaderas de acuerdo a mi conocimiento. Yo tambien authorizo esta clinica, para que use la informacion que he dado con el proposito de completar un programa de conservation audotivo.

_____ Patient Signature *(Firma del Paciente)*

_____ Date *(Fecha)*

*** FOR CLINC USE ONLY ***

AUDIOMETRY TEST REPORT

Name or Social Security No _____

ATTACH AUDIO STRIP BELOW LINE

☐ **LEFT EAR**	☐ **RIGHT EAR**	☐ **BOTH EARS**
☐ No Significant Hearing Loss	☐ No Significant Hearing Loss	☐ No Significant Hearing Loss
☐ Hearing Loss	☐ Hearing Loss	☐ Hearing Loss
Severity	**Severity**	**Severity**
Mild	Mild	Mild
Mild-Moderate	Mild-Moderate	Mild Moderate
Moderate-Severe	Moderate-Severe	Moderate-Severe
Severe	Severe	Severe
Frequency Range	**Frequency Range**	**Frequency Range**
Low	Low	Low
Medium	Medium	Medium
High	High	High
All	All	All

Physician _____

COMP

Central Occupational Medicine Providers

Comprehensive Industrial Case Management & Treatment Centers

PHYSICAL EXAMINATION FORM

(FOR CLINIC USE ONLY)

Patient No 18-_____

Sign In Date _____

PHYSICAL EXAMINATION ON

Patient		**Case No**	
SSN		**Age**	
Employer		**Gender**	
Position			
Insurance			

HEIGHT		WEIGHT	EYE COLOR	HAIR COLOR	PULSE	BLOOD PRESSURE
FT.	IN.	LBS.				☐ LEFT ☐ RIGHT

VISION UNCORRECTED

NEAR			FAR			DEPTH	COLOR	PERIPHERAL VISION	
RIGHT	LEFT	BOTH	RIGHT	LEFT	BOTH			RIGHT	LEFT

VISION CORRECTED

NEAR			FAR			RIGHT			JAMAR		LEFT
RIGHT	LEFT	BOTH	RIGHT	LEFT	BOTH	1	2	3	1	2	3

COMMENTS:

HEARING TEST		500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
RIGHT	☐ NORMAL ☐ HEARING LOSS								SPIROMETRY
LEFT	☐ NORMAL ☐ HEARING LOSS								☐ NORMAL ☐ ABNORMAL

COMMENTS:

BIODEXT/CRT	NERVE PACE	URINE	DRUG SCREEN	QUICK TEST	CHEST X-RAY	BACK X-RAY
☐ NORMAL ☐ ABNORMAL	☐ NORMAL ☐ ABNORMAL	☐ NORMAL ☐ ABNORMAL	☐ PERFORMED ☐ COLLECTED	☐ NEGATIVE ☐ NON-NEG	☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ PENDING	☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ PENDING

COMMENTS:

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

- ☐ Good for 2 Years
- ☐ Good for _____ Due to _____
- ☐ Wear corrective lenses
- ☐ Wear hearing aid
- ☐ Unremarkable medical history
- ☐ Wear hearing protection when exposed to loud noises
- ☐ Need corrective lenses for better vision
- ☐ Hearing within normal limits
- ☐ There is _____ hearing loss in the _____ frequency range(s) in _____
- ☐ There is _____ hearing loss in the _____ frequency range(s) in _____
- ☐ Recommended hearing protection protocol in noisy environments

- ☐ Patient Injected with Tetanus Toxoids 0.5cc

- ☐ 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 pending _____
- ☐ Acceptance without restrictions.

_____ Doctor's Name

_____ Signature

COMP

Central Occupational Medicine Providers

Comprehensive Industrial Case Management & Treatment Centers

URINE DIPSTICK RESULTS

Date: _____

Patient Name: _____ Male Female

Leukocytes: Negative Trace Small Moderate Large

Nitrite: Negative --- POSITIVE --- (ANY DEGREE OF UNIFORM PINK)

Urobilinogen: 0.2---1 (normal) 2 4 8

Protein: Negative Trace 30+ 100++ 300+++ 2000++++

PH: 5.0 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5

Blood: Neg (Non Hemo) Trace Mod (Hemolyzed) Trace: Sm Mod Lg

If female: Is patient on menses? _____

SG: 1.001 1.005 1.010 1.015 1.020 1.025 1.030

Ketone: Negative Trace Small Mod <Large>

Bilirubin: Negative Small Mod Large

Glucose: Neg 100 250 500 1000 2000

Collectors Name: _____