



PATIENT INTAKE INFORMATION

CLOCK IN ARRIVAL

CLOCK IN COMPLETION
OF FORMS

NAME _____ SS# _____ SEX _____
 ADDRESS _____ CITY _____
 AGE _____ DATE OF BIRTH _____ STATE _____ ZIP _____
 POSITION APPLIED FOR _____ TELEPHONE (_____) _____
 EMAIL ADDRESS _____

COMPANY NAME _____

Below to be filled out by U.S. HealthWorks only

TYPE OF PHYSICAL EXAM _____ EMPLOYER NO. _____
 _____ PROTOCOL NO. _____

VISION ACUITY: SNELLEN _____ RETURN FORMS WITH EMPLOYEE _____
 TITMUS _____ BY MAIL _____

AUDIOGRAM _____ REQUIRES WRITTEN SUMMARY _____

URINALYSIS: DIPSTICK _____ OTHER _____

LABORATORY _____

BACK EVALUATION _____

EKG _____

X-RAYS _____ COMMENTS _____

PFT _____

DRUG SCREEN _____

LAB _____

CLOCK OUT/DISCHARGE

CLOCK IN FOR M.A.

Por medio de mi firma abajo, autorizo a U.S. HealthWorks Medical Group (“USHW”) a revelar mi información médica de acuerdo a los siguientes términos y condiciones.

RECIPIENTES DE INFORMACIÓN / PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

USHW puede revelar mi información médica a: (FAVOR DE MARCAR TODO LO QUE APLIQUE)

- Mi empleador o posible empleador, (NOMBRE) _____ con el propósito de evaluar mi aptitud para el empleo, y a cualquier otra entidad que asista a mi empleador o futuro empleador en el desempeño de estas actividades.
- Mi empleador, (NOMBRE) _____, con el propósito de evaluar o procesar my caso para beneficios de compensación al trabajador, y a cualquier compañía de seguros u otras entidades que administren servicios o cobertura a mi empleador, en conexión con esta actividad.
- Mi compañía de seguros para el pago a USHW por servicios médicos prestados a mi persona..

INFORMACIÓN REVELADA

USHW puede revelar toda mi información médica y documentos de cobranzas necesarios. Estos pueden incluir, y no estar limitados a información relacionada con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, genéticas, abuso de alcohol y/o drogas, enfermedades infecciosas y/o de transmisión sexual. USHW no revelará resultados de exámenes de SIDA o virus the VIH o notas médicas de psicoterapia bajo esta autorización. USHW obtendrá autorización separada si para estos casos, si fuera necesario.

MIS DERECHOS EN CONEXIÓN CON ESTA AUTORIZACIÓN

- Esta autorización caducará en, o en la mas tardía de los siguientes casos: (A) un (1) año después de mi firma o (B) la fecha en que mi caso sea cerrado y USHW haya recibido pago completo y final por servicios prestados.
- Puedo revisar u obtener una copia de la información médica que sera usada o revelada en base a esta autorización (con la posible excepción de algún notas médicas relacionadas con enfermedad mental), luego del pago de cargos de procesamiento y copiado permitidos por ley.
- A menos que mi(s) visita(s) a USHW sea(n) para que mi empleador, futuro empleador o algún tercero, obtenga información acerca de mí, mi tratamiento no puede estar condicionado a la firma de esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y la introduzca en la clínica en donde este recibiendo servicios médicos. Mi revocación entrará en vigencia al introducirla, con la excepción de aquellos que ya hayan actuado en relación con esta autorización.
- Tengo derecho a una copia de esta autorización..

RIESGO DE REVELACIÓN ADICIONAL

Entiendo que mi información médica pudiera ser revelada posteriormente si cualquiera de las entidades que reciben mi información, bajo esta autorización, no estan sujetas a leyes estatales o federales de confidencialidad, incluyendo la ley HIPAA (Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud).

FIRMAS

Paciente / Representante / Cónyuge / o Persona Responsable (NOMBRE): _____

Si firma otra persona y no el paciente, indique su relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Hora: _____

AUTORIZACIÓN PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Yo autorizo a US HealthWorks, sus afiliados, médicos, empleados; y agentes, a practicarme un examen físico y/o cualquier tratamiento médico considerado necesario por los médicos. Estos pueden incluir, sin limitaciones, cualquier examen médico, diagnóstico o de laboratorio y procedimiento médico ordenado por los médicos para ser cumplidos por los empleados de US HealthWorks. Entiendo que ciertas evaluaciones médicas y exámenes especiales como exámenes de pre-empleo, condición física, anuales o ejecutivos, exámenes para ingresar a escuelas o practicar deportes, y otros servicios similares, no son hechos con el fin de diagnosticar y/o tratar padecimientos o enfermedades ni intentan sustituir el cuidado de mi médico personal o privado.

AUTORIZACIÓN PARA EXAMENES DE DROGAS (No Aplica al Departamento de Transporte)

Cuando aplique, voluntariamente autorizo a US HealthWorks para obtener una muestra de mi orina, sangre, saliva, aliento, cabello y/o otro espécimen para determinar la presencia de drogas y/o alcohol y revelar los resultados a mi patrón/posible empleador o a: _____.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / ACUERDO FINANCIERO

Yo autorizo y asigno a U.S. HealthWorks todo pago de beneficios por servicios recibidos bajo los términos de mi póliza de seguros y obligo personalmente, a la entidad responsable, a pagar la cuenta a U.S. HealthWorks de acuerdo con cargos estandarizados y comúnmente aceptados incurridos durante mi tratamiento. Entiendo que soy responsable por el pago de todos los deducibles, co-pagos y cargos por servicios recibidos y no cubiertos por mi aseguradora. En caso de ser responsable por el pago de servicios, una lista de los cargos me será enviada durante los sesenta (60) días subsiguientes al momento en que U.S. HealthWorks sepa de la no cobertura de los servicios. Entiendo que esto puede tomar hasta 12 meses mientras US HealthWorks trata de cobrarle a mi aseguradora. Entiendo que tendré que pagar todo cargo por servicios de cobranza incurridos por U.S. HealthWorks, sin limitaciones en el pago de honorarios de abogados y demás gastos judiciales.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN A LA PRIVACIDAD

Certifico que he leído o se me ha dado la oportunidad de leer, y se me ha ofrecido una copia escrita del **Aviso Sobre Prácticas de Protección a La Privacidad de US HealthWorks**, y entiendo que puedo revisarlo electrónicamente en <http://www.ushealthworks.com>.

Con la firma de esta autorización, certifico que la he leído o me ha sido leída y/o explicada, y que la entiendo en su totalidad. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas a mi entera satisfacción.

FIRMAS

Nombre del Paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/C. Postal: _____ Tel: _____

Representante: _____ Firma: _____ Parentesco: _____