

Family
URGENT CARE
 &
Industrial Medical Clinic
 A Professional Corporation

16661 Ventura Boulevard, Ste. #108
 Encino, CA 91436
 Tel: (818) 808-2828
 Fax: (818)788-0386

412 W. Avenue J, #D
 Lancaster, CA 93534
 Tel: (661)729-4336
 Fax: (661) 723-7635

PACIENTE: _____ **EDAD:** _____

APELLIDO _____ **NOMBRE** _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ **ESTADO CIVIL:** _____ **MASCULINO** **FEMENINO**

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ **NUMERO DE LICENCIA:** _____

DIRECCION: _____ **CIUDAD:** _____ **CODIGO POSTAL:** _____

ESTADO: _____ **NUMERO DE TELEFONO(HOGAR):** _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: _____ **TELEFONO:** _____

APELLIDO _____ **NOMBRE** _____
RAZON DE SU VISITA: _____

ALERGIAS A MEDICINAS: _____ **CONDICIONES MEDICAS:** _____

MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO: _____

BUSCA ATENCION MEDICA POR: **ACCIDENTE DE TRABAJO** **PROBLEMAS DE SALUD**

FECHA DE ACCIDENTE: _____ **NOMBRE DE AJUSTADOR** _____ **NUMERO DE CASO** _____

NOMBRE DE EMPLEO: _____ **OCCUPACION:** _____

DIRECCION: _____ **CIUDAD:** _____ **CODIGO POSTAL:** _____

ESTADO: _____ **NUMERO DE TRABAJO:** _____

ASEGURANSA DE SALUD: _____ **NUMERO DE POLICIA:** _____

NUMERO DE GRUPO: _____ **NOMBRE PRINCIPAL DE ASEGURANSA:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **RELACION AL PACIENTE:** _____

PERMISO EXONERACION DE INFORMACION: YO AUTRIZO DAR CUAL QUIER INFORMACION MEDICA QUE SEA NECESARIA PARA EL PROCESO DE ESTE CLAMO:

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

YO ENTIENDO QUE SO RESPONSABLE POR TODOS LOS SERVICIOS OBTENIDO QUE INCLUYEN EL BALANVE QUE SOBREN DESPUES DE CUALQUIER CLASE DE PAGO:

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

AUTORIZACION PARA MENORES DE EDAD: FIRMA DE UN PADRE/GUARDIAN ES NECESARIA PARA RENDIR SERVICIOS MEDICOS SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:

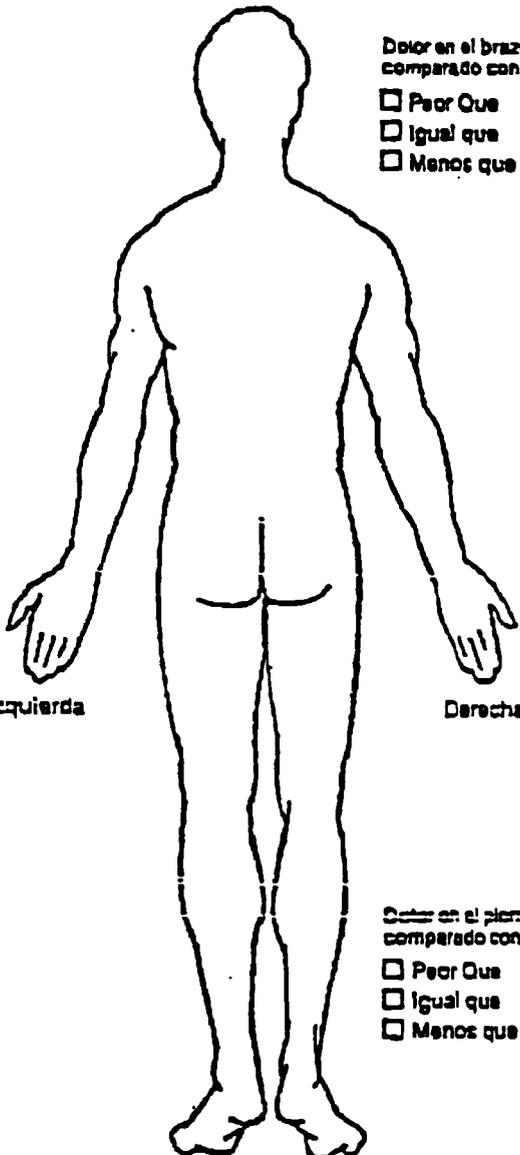
FIRMA: _____ **FECHA:** _____

DONDE LE DUELE ?

ABAJO ESTAN DOS FIGURAS DEL CUERPO QUE SON LA PARTE DE ENFRENTA Y DE ATRAS. PORFAVOR INDIQUE EN QUE PARTE DEL CUERPO COMO SIENDE USTED LOS DOLORES Y SENSACIONES CON LOS SEÑALES INDICADOS

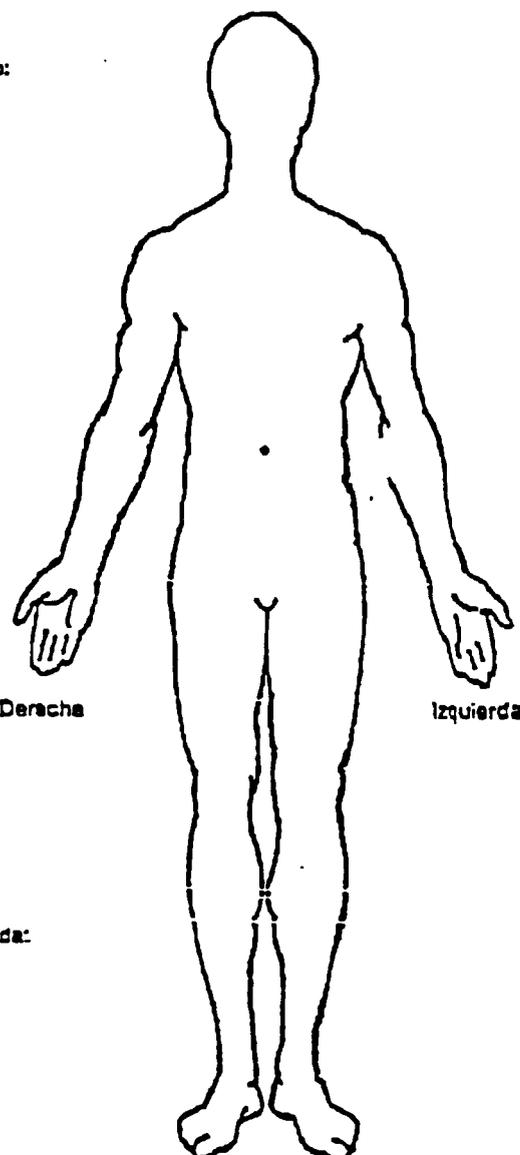
Adolorido AAA	Entumido ===	Alfileres y Agujas 000	Ardores XXX	Punhaladas ///	Otro 000
------------------	-----------------	---------------------------	----------------	-------------------	-------------

Atras



Izquierda Derecha

Enfrente



Derecha Izquierda

Dolor en el brazo(s) comparado con el cuello:

Peor Que

Igual que

Menos que

Dolor en el pie(ma) comparado con la espalda:

Peor Que

Igual que

Menos que

Esta trabajando actualmente? Si _____ No _____ Numero de tel. _____

Nombre de Empleador _____ Ocupacion _____

He divulgado todos mis anterior lastimaduras, accidents y problemas ortopedicos lo mejor de mi recoleccion.

Firme su Nombre _____ Fecha _____

FUNCTIONAL CAPACITIES ASSESSMENT

Employee:
Date of Inj.:
Claim No:

Date of Medical Appt:

Employee's work related functional duties BEFORE work injury.

LIFTING						CARRYING					
	NEVER	Seldom up to ½ hr	Occasional ½ to 3 hrs	Frequent 3 to 6 hrs	Constant	NEVER	Seldom up to ½ hr	Occasional ½ to 3 hrs	Frequent 3 to 6 hrs	Constant	Dist. Carried
0-10 lbs											
15 lbs.											
20 lbs.											
25 lbs.											
30 lbs.											
40 lbs.											
50 lbs.											
50-75											

PUSHING/PULLING						REACHING					
	NEVER	Seldom Up to ½ hr	Occasional ½ - 3 hrs	Frequent 3-6 hrs.	Constant		NEVER	Seldom Up to ½ hr	Occasional ½ - 3 hrs	Frequent 3-6 hrs	Constant
0-10 lbs.						Above Shoulder					
20 lbs.						Shoulder - Wrist					
30 lbs.						Wrist - Knee					
40 lbs.						Below Knee					
50 lbs.											
60 lbs.											
70 lbs.											
70-100											

PUSHING/PULLING: Please specify extremity by R - Right, L - Left or B - Both as apply to force and frequency
REACHING: Please specify extremity by R - Right, L - Left or B - Both as apply to body location and frequency

GENERAL ACTIVITIES						HANDLING/FINGERING/FEELING									
	NEVER	Seldom Up to ½ hr.	Occasional Up to 3 hrs	Frequent 3-6 hrs.	Constant	Major/Dominant Hand: _____ Right _____ Left									
						NEVER	Seldom Up to ½ hr.		Occasional ½ - 3 hrs.		Frequent 3-6 hrs.		Constant		
							LL	RL	LL	RL	Lt	RL	Lt	RL	
SITTING						Simple Grp/Grasp									
STANDING						Power Grp/Grasp									
WALKING						Fingering/Keyboarding									
SQUAT/KNEEL						Handling/Repetition									
BEND/TWIST NECK															
BEND/TWIST WAIST															

Patient's Signature

Date

Interpreter's Signature

FAMILY URGENT CARE& INDUSTRIAL MEDICAL CLINIC

ENCINO

LANCASTER

***** **RESPONSABILIDAD FINANCIERA** *****

Esto Es para informar El paciente o padre(s) Del hijo menor de edad, que nuestra oficina verificara' la cobertura del seguro y presentara' reclamaciones medicas a la compania de seguros correspondiente(s).

Sin embargo, usted sera **responsable** del cualquier saldo restante **no cubierto** por su seguro, (Co-Pagos, Deducibles y/o Co-Seguro) segun lo determine su contrato de seguro.

Los Co-Pagos se deben pagar en El momento del servicio

(SIN EXCEPCIONES)

Practica Escrito Formulario De Reconocimiento:

Escriba El Nombre del Representante Paciente o Juridical:

Firma Del Paciente o Representante Legal:

Fecha: _____

FAMILY URGENT CARE & INDUSTRIAL MEDICAL CLINIC

***** Politica De La Oficina*****

En Virtud De La Ley En El Estado De California

(Codigo Penal De Calif. Capitulo 1.5 invasion de la intimidad 630-638 Citado 3/25/15)

Cualquier grabacion De Un Individuo por otro sin su conocimiento es un delito. Le informamos de que el dispositivo partatil O grabaciones telefonicas (video o audio) no se permiten en las salas de examen.

Si descubrimos cualquier grabacion, vamos a dejar de inmediato el examen y solicitaremos lo que se ha registrado borrar.

Prohibicion de la grabacion es la de proteger la privacidad de paciente.

Forma Practica Escrito Reconocimiento;

Firma Del Representante Del paciente o Legal

Impreso Nombre Del Reprantante DE paciente o Legal

Fecha: _____