

Formulario de inscripción de nuevos clientes

Nombre: _____ Nº de Seguro Social: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____
Empleado/a de: _____
Departamento: _____ Trabajo para el cual se le contrató: _____

HISTORIAL

Alergias: _____

Medicamentos que tome actualmente: _____

Fumador(a) (cajetillas por día): _____ No fumador(a)/Dejó el cigarrillo: _____

Programa de ejercicio: Sí No Veces por semana: _____

Médico personal: _____

Historial personal: Cáncer _____ Diabetes sacarina _____
Problemas cardiacos _____ Otros _____

Historial familiar: Cáncer _____ Diabetes sacarina _____
Problemas cardiacos _____ Otros _____

Historial laboral: _____ Exposición conocida a sustancias peligrosas: _____

Lesiones previas: _____

Vacunas: Tétanos _____ Tuberculosis _____ Hepatitis B _____
(fecha) (fecha) (fecha)

Estatura: _____ Peso: _____

Otros datos pertinentes de los que deba estar informado el médico:

Mediante mi firma autorizo la divulgación a mi empleador, compañía de seguros y médicos a los que se me refiera, de toda información médica relativa a esta lesión/enfermedad surgida a raíz de circunstancias laborales. Los historiales médicos pertinentes o relativos al diagnóstico o tratamiento de esta lesión en poder de cualquier proveedor médico podrán ser divulgados al Centro de Servicios de salud empresarial St. Elizabeth. Además, se concede autorización mediante la presente a este centro de tratamiento para llevar a cabo todo análisis o procedimiento relativo a mi lesión/enfermedad o examen físico según lo juzgue necesario el médico tratante y/o el empleador.

En caso de que mi tratamiento/análisis no guarde relación con mi trabajo, acepto asumir la responsabilidad del pago.

Firma _____ Fecha _____