

Improve the health of America's workforce, one patient at a time.

Reason for Today's Visit

Injury Care Physical exam DOT (CDL) Certification Drug Screen Other: Hep-B Vaccine/Titre

Social Security # or Military DBN: _____ Date of birth (MM/DD/YYYY): _____

Last name: _____ First name: _____ M.I.: _____

Address: _____ Apt. #: _____ City: _____ ST: _____ ZIP: _____

Home phone: _____ Work phone: _____

Cell phone: _____ Male Female Single Married

Email address: _____ Concentra may send a detailed email: Yes No

For security of your records, all emails containing protected health information (PHI) are sent encrypted.

About You

Employer Requesting Services

Company name: Montgomery College Location/store number: Attn: Accounts Payable

Contact name: Michael Rocke Contact phone: 240-567-4266

Address: 9221 Corporate Blvd Ste. #: _____ City: Rockville ST: MD ZIP: 20850

Is your employment arranged through a temporary hire agency? No Yes

Name of agency: _____ Agency phone: _____

About Your Employer

Consent

The information provided is correct to the best of my knowledge. I will not hold Concentra, its health provider, or its employees responsible for any errors or omissions that I may have made in completing the information on this form.

 Signature: _____ Date: _____

I give permission to Concentra to perform the following services that the physicians and other non-physician providers and assistants may deem to be necessary: (a) medical, surgical, and diagnostic (e.g., including but not limited to x-rays, blood draws, and laboratory tests) processes, treatments, and procedures; (b) administration of injections, medications, and immunizations (with immunizations to occur after my receipt of any applicable vaccine information statements ("VIS" or "VISs")); and (c) completion of medically appropriate tests for communicable and other diseases.

 Signature: _____ Date: _____

Notice of Privacy Practices

Your name and signature below indicates that you have been made aware of Concentra's Notice of Privacy Practices (NOPP) on the date indicated. You understand that the NOPP is posted in the center and a copy will be provided to you if you request it. If this is your first date of service with Concentra, please indicate this to the front desk receptionist and he/she will provide you a copy of the NOPP. If you have any questions regarding the information in Concentra's Notice of Privacy Practices, contact Concentra's Privacy office at 800-819-5571 or privacyoffice@Concentra.com.

Name: (please print) _____ Date Notice Received: _____

 Signature: _____ Date: _____

Mejorar la salud de la fuerza laboral de Estados Unidos, un paciente a la vez.

Motivo de la visita de hoy

Cuidado de lesión Examen físico Certificación DOT (CDL) Prueba de detección de drogas Otro: Hep-B vacuna/prueba

N.º de Seguro Social o DBN militar: _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial 2.º nombre: _____

Dirección: _____ Apto. N.º: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Masculino Femenino Soltero Casado

Dirección de correo electrónico: _____ Concentra puede enviar un correo electrónico detallado: Sí No

Para seguridad de sus registros, todos los correos electrónicos que contengan información de salud protegida (protected health information, PHI) se envían cifrados.

Acerca de usted

Empleador que solicita los servicios

Nombre de la compañía: Montgomery College Número de tienda/ubicación: Attn: Accounts Payable

Nombre del contacto: Michael Rocke Teléfono del contacto: 240-567-4266

Dirección: 9221 Corporate Blvd N.º suite: _____ Ciudad: Rockville Estado: MD Código postal: 20850


¿Se coordinó su empleo a través de una agencia de contratación temporal? No Sí

Nombre de la agencia: _____ Teléfono de la agencia: _____

Acerca de su empleador

Consentimiento

La información que se proporciona es correcta a mi leal saber y entender. No responsabilizaré a Concentra, a sus proveedores de servicios de salud, ni a sus empleados por algún error u omisión que pudiera haber cometido al llenar la información en este formulario.

 Firma: _____ Fecha: _____

Doy mi permiso a Concentra para llevar a cabo los siguientes servicios que los médicos y otros proveedores que no sean médicos y asistentes puedan considerar necesarios: (a) procesos, tratamientos y procedimientos médicos, quirúrgicos y de diagnóstico (por ejemplo, entre otros, radiografías, extracciones de sangre y pruebas de laboratorio); (b) administración de inyecciones, medicamentos y vacunas (con las vacunas que se administren después de que reciba cualquier declaración de información sobre vacunas ("VIS" o "VISs") que corresponda; y (c) realización de las pruebas apropiadas necesarias por razones médicas para descubrir enfermedades contagiosas y de otro tipo.

 Firma: _____ Fecha: _____

Aviso de prácticas de privacidad

Su nombre y firma a continuación indican que a usted se le ha informado sobre el Aviso de Prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices, NOPP) de Concentra en la fecha indicada. Usted comprende que el NOPP se publica en el centro y que se le proporcionará una copia si la solicita. Si esta es su primera fecha de uso del servicio de Concentra, indíquelo a la persona encargada de la recepción y él o ella le brindará una copia del NOPP. Si tiene alguna pregunta acerca de la información en el Aviso de prácticas de privacidad de Concentra, comuníquese con la Oficina de privacidad de Concentra llamando al 800-819-5571 o en privacyoffice@Concentra.com.

Nombre: (escriba en letra de molde) _____ Fecha en que se recibió el aviso: _____

 Firma: _____ Fecha: _____