

MOBILE CLINIC
Información del Paciente:

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial:
Sexo:	Seguro Social: - -	Estado Civil: [] Soltero [] Casado [] Divorciado [] Viudo [] Otro
Fecha de Nacimiento: Mes / Día / Año	Raza:	Etnicidad: Lenguaje Primario:
Dirección:	Zona Postal:	Ciudad: Estado:
Teléfono en Casa: ()	Teléfono Celular: ()	Teléfono de Trabajo: ()
Al proveer mi numero de telefono celular, doy mi consentimiento para que Salinas Valley Health, incluyendo a sus socios de negocios, llamen y/o envíen mensajes de texto en relación con mis citas, mi cuidado médico, y el pago de mi cuidado médico. Otras normas federales y estatales rigen sobre los mensajes de correo electrónico y telemarketing. Un resumen de estas leyes está disponible en el sitio web de la Oficina del Procurador General en oag.ca.gov/privacy/privacy-laws .		
Email (Requerido)	Nombre de Su Médico de Cuidado Primario:	
Farmacia Preferida:	Ciudad:	Calle:

Sección Para Pacientes Menores de Edad:

Padre o Tutor:	Fecha de Nacimiento: Mes:	Día:	Año:
Dirección:	Ciudad:	Zona Postal:	Estado:
Número de Seguro Social:	Parentesco con el Paciente:	Teléfono:()	

Persona a Notificar en Caso de Emergencia:

Nombre:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:
Teléfono: ()	Relación al Paciente:	

Describa su enfermedad y fecha que inició: _____

¿Lastimadura de Trabajo? Sí ____ No ____
Divulgación de Información y Responsabilidad Financiera

Salinas Valley Health y afiliados, conforme al Código de Negocios y Profesionales de California, le notifica sobre su derecho a que su medicamento recetado pueda ser entregado por nuestro proveedor de servicios médicos o de que usted puede obtener una receta para que se le entregue en la farmacia de su preferencia. Por favor informe al proveedor recetante si usted elige que los medicamentos recetados NO se le sean entregados, para que de esta manera, se le proporcione una receta por escrito.

Dirección de Correo Electrónico del Paciente

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, doy permiso a Salinas Valley Health para que me envíe correos electrónicos directamente, o a través de un tercero para que se me encueste sobre mis visitas, con fin de proveer información sobre mi satisfacción y valoración de calidad. Salinas Valley Health no compartirán mi dirección de correo electrónico, ni expedientes médicos con otros.

Información Sobre Servicios de Laboratorio

Le informamos que los servicios de laboratorio son proporcionados por Foundation Laboratory, el laboratorio de Salinas Valley Medical Center, y/u otro laboratorio externo. Si desea seleccionar un laboratorio distinto a los mencionados, por favor informe al personal médico. Laboratorios que reciban su espécimen le facturarán por separado por sus servicios.

Firma: _____

Relación: _____

Fecha: _____

Mes Día Año

Consentimiento Para Cualquier Tratamiento Médico

Por la presente doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico o de cirugía que sea necesaria para mí o para mi hijo/a menor. Tengo entendido que un simple tratamiento o diagnóstico puede tener complicaciones que se explicarán en el momento del procedimiento o tratamiento. El personal de Salinas Valley Health asistirá con referencias para servicios especializados.

Entiendo y doy mi consentimiento para ser diagnosticado y tratado por un Asistente Médico Autorizado o un Enfermero Practicante en lugar de un Médico. También, entiendo de que un Asistente Médico o un Enfermero Practicante pueden resetar o surtir mis medicamentos.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma Del Paciente o Padre/Guardián: _____

Fecha: _____
Mes Día Año

NOTIFICACIÓN A LOS CONSUMIDORES:

Los Asistentes Médicos (PA) están autorizados y regulados por la Junta de Asistentes Médicos, (916) 561-8780, www.pab.ca.gov.

Los Enfermeros Practicantes (NP) están autorizados y regulados por la Junta de Enfermería Registrada, (916) 322-3350, www.rn.ca.gov

SALINAS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
 431 W. ALISAL ST, SALINAS, CA 93901

SCHOOL: _____ STUDENT I.D.# _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL FORM

NAME _____ SEX _____ AGE _____ DATE OF BIRTH _____

GRADE _____ SPORTS _____

Personal Physician _____ Physician's Phone Number _____

Explain "Yes" answers below:

- | | Yes | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Have you ever been hospitalized?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Have you ever had surgery?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Are you presently taking any medications or pills?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Do you have any allergies (medicine, bees, or other stinging insects)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Have you ever passed out during or after exercise?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Have you ever been dizzy during or after exercise?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Have you ever had chest pain during or after exercise?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Do you tire more quickly than your friends during exercise?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Have you ever had high blood pressure?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Have you ever been told that you had a heart murmur?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Have you ever had racing of your heart or skipped heartbeats?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Has anyone in your family died of heart problems or a sudden death before age 50?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Do you have any skin problems (itching, rashes, acne)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Have you ever had a head injury?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Have you ever been knocked out or unconscious?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Have you ever had a seizure?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Have you ever had a stinger, burn or pinched nerve?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Have you ever had heat or muscle cramps?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Have you ever been dizzy or passed out in the heat?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Do you have trouble breathing or do you cough after your activity?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Do you use any special equipment (pads, braces, neck rolls, mouth guard, eye guards, etc.)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Have you had any problems with your eyes or vision?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Do you wear glasses, contacts or protective eye wear?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Have you ever sprained/strained, dislocated, fractured, broken or had repeated swelling
or other injuries of any of the following bones or joints? Mark all that apply..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Head <input type="checkbox"/> Shoulder <input type="checkbox"/> Thigh <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> Knee <input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> Hip | | |
| <input type="checkbox"/> Forearm <input type="checkbox"/> Shin/Calf <input type="checkbox"/> Back <input type="checkbox"/> Wrist <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> Foot | | |
| 25. Have you had any other medical problems (infectious mononucleosis, diabetes, etc.)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Have you had a medical problem or injury since your last evaluation?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. When was your last tetanus shot? | _____ | |
| 28. When was your last measles immunization?..... | _____ | |
| 29. When was your last menstrual period?..... | _____ | |
| 30. When was your first menstrual period? | _____ | |
| 31. What was the longest time between your periods last year?..... | _____ | |

Explain "Yes" answers: _____

I hereby state that to the best of my knowledge, my answers to the above questions are correct.

Signature of Student _____ Signature of Parent _____
 Date _____ Date _____

NAME OF STUDENT _____

PHYSICAL EXAMINATION

Height _____ Weight _____ Blood Pressure _____ / _____ Pulse _____

Vision: Right 20/____ Left 20/____ Corrected: Yes No Pupils _____

	Normal		Abnormal Findings			Initials
	1	2	3	4	5	
Tanner Stage						
Cardiopulmonary						
Pulses						
Heart						
Lungs						
Abdominal						
Genitalia						
ENT						
Skin						
Musculoskeletal						
Neck						
Shoulder						
Elbow						
Wrist						
Hand						
Back						
Knee						
Ankle						
Foot						
Other						

CLEARANCE:

- Cleared
- Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____
- Noncontact _____ Strenuous _____ Moderately strenuous _____ Nonstrenuous

Due to: _____

Recommendation: _____

Physician's Signature: _____ Exam Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Physician's Stamp: