



315 S. Abbott Ave., Milpitas CA 95035 tel. 408-790-2900
 2737 Walsh Ave., Santa Clara CA 95051 408-228-8400

Registration For Physicals and Testing

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Last Name (Apellido)	First Name (Nombre)	Social Security (seguro social) *	Date(Fecha)
<hr/>			
Middle Name (segundo nombre)			
* may be any identification # including last 4 SS#, employee ID, driver's license			
* puede ser cual quier numero de identification, ultimos 4# de SS, #de empleado o licencia de manejar/conductor			
STOP HERE IF PREVIOUSLY SEEN IN THIS CLINIC AND HOME ADDRESS / EMPLOYER UNCHANGED.			
PARE AQUI SI PREVIAMENTE HA ESTADO EN ESTA CLINICA O SI SU DOMICILIO / EMPLEADOR NO HA CAMBIADO.			
<hr/>		<hr/>	<hr/>
Mailing Address (Direccion)		City (Ciudad)	Zip Code (area codiga)
<hr/>		<hr/>	<hr/>
()		<hr/>	<hr/>
Home Phone (No. Telefono en casa)		Birthdate (Nacimiento)	Sex <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<hr/>		<hr/>	<hr/>
()		<hr/>	<hr/>
Work Phone (No. Telefono en el trabajo)		<hr/>	
<hr/>		Employer (Patron)	
<hr/>		<hr/>	
<hr/>		Job Title (Titulo de Trabajo)	

With my signature below, I am hereby authorizing Alliance Occupational Medicine to provide me with any medical treatment and or tests deemed necessary for my injury and/or physical exam and further give permission to release relevant medical information about my ability to work to my employer. If you are here for a DOT-required urine drug screen (only) then by Federal Regulations you are not required to sign below.

I further give my permission to release previous medical records pertaining to this injury. To the best of my knowledge my responses to the above are complete and accurate. I understand that an intentional omission or misrepresentation of my medical history could lead to disciplinary action at a later date.

If you are under 18, we need your parent or guardian to sign below as well.

Con mi firma abajo, doy mi autorizacion para exponerme con algun tratamiento medico y/o prueba/ analisis creida necesaria para mi herida y/o examen fisico y doy mi permiso para dar mi informacion medica acerca de mi habilidad de trabajar, a mi empleador.

Ademas doy mi permiso para el acceso de mis registros medicos previos que son relacionados a esta lastimadura. Al mejor de mi conocimiento, mis respuestas en la seccion de arriba son completas y exactas. Entiendo que una omision o mal interpretacion intencional de mi historia podria dirigir la accion disciplinaria en una fecha posterior. Si usted es menor de edad necesitamos una firma de sus padres.

<hr/>	<hr/>
patient / employee / donor signature	date/fecha
firma del paciente/empleado	
<hr/>	<hr/>
guardian signature/firma de sus padres	date/fecha