NJ OCCMED
OCCUPATIONAL HEALTH CLINIC

1221N. Church Street, Suite #104
Moorestown, NJ 08057
Phone: (856) 924-9188
Fax: 856-735-9878
www.njoccmed.com

**PATIENT REGISTRATION & MEDICAL HISTORY**
(REGISTRO DE PACIENTE E HISTORIAL MÉDICO)

**(All patients must bring VALID photo ID at the appointment**)
(Todos los pacientes deben traer una identificación válida con fotografía a la cita)

**Patient information**
(Información del paciente)

**Full name:** _____
(Nombre completo)

**Date of birth:** _____ Phone: _____
(Fecha de nacimiento) (Teléfono)

**Address:** _____
(Dirección)

**Emergency contact:** _____
(Contacto de emergencia)

**Employer:** _____
(Empleador / Empresa)

**Job title / essential job duties:** _____
*(Puesto de trabajo / funciones esenciales del puesto)*

**Date of injury, if applicable:** _____
(Fecha de la lesión, si corresponde)

**Visit type**
(Tipo de visita)

☐ **Work related injury**
(Lesión relacionada con el trabajo)

☐ **Follow up injury visit**
(Visita de seguimiento de lesión)

☐ **DOT/CDL examination**
(Examen DOT/CDL)

☐ **Pre employment physical**
(Examen físico previo al empleo)

☐ **Return to work examination**
(Examen para el regreso al trabajo)

☐ **Fitness for duty evaluation**
(Evaluación de aptitud para el trabajo)

☐ **Other:** _____
(Otro)

**Medical history:**
(Historial médico)

**Current medications:** _____
(Medicamentos actuales)

**Allergies:** _____
(Alergias)

**Relevant medical conditions:** _____
(Condiciones médicas relevantes)

**Prior work related injuries or restrictions**: _____
(Lesiones laborales o restricciones previas)

**Patient acknowledgment**
(Reconocimiento del paciente)

**I confirm that the information provided is accurate to the best of my knowledge.**
(Confirmo que la información proporcionada es precisa según mi leal saber y entender)

**Patient signature:** _____ **Date:** _____
(Firma del paciente) (Fecha)