

Apellido (Last Name)	Nombre (First Name)	Seguro Social (Social Sec #)	Fecha (Date)
----------------------	---------------------	------------------------------	--------------

**Por favor liste todas las medicinas que esta tomando (incluya las medicinas sin prescripcion)**

use la parte de abajo si es necesario - todas las medicinas que no tienen relacion con su problema o el seguro cumplimiento de su trabajo sera estrictamente confidencial.)

Ninguna

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____
5 _____	6 _____		

**Por favor liste todas sus alergias de medicinas (use la parte abajo si es necesario)**

No se de ninguna

1 _____	2 _____	3 _____
---------	---------	---------

**Tiene usted historia de...**

	NO	SI
1 Ulcera o indigestion severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Huesos / coyunturas / artritis / bursitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Tiene dolor cronico en el cuello, espalda el hombros superiores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Dolor en los codos, muñecas, o manos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Tendonitis o sindrome de tunel de carpal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 "Yo ejecuto cosas reperativas de mano"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Dolor en las caderas, rodillas, tobillos, pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Hinchazon de pies / tobillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hernia o hinxazon del ingle cercano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Diabetes o alto novel de azucar en la sangre / orine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Enfermedad del rinnon o la vesicula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Enfermeda del Hgado o Hepatits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Sufre de alta presion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Enfermedad del corazon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Dolores o presion en le corazon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Alguna cirugia o hospitalizacion mayor o reciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Ha tenido antes lastimaduras/enfermedades relacionadas a su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Alguna restricción permanente o limitaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Hace ejercicio regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Vision perdida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NO	SI
21 Ha trabajado en un ambiente peligroso con substancias quimicas, asbestos, plomo, o mucho ruido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Fuma Cigarillos? Si contesto si, cuantos? _____ por dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Toma alcohol? Cuantas veces por dia? _____ cervezas o trago de vino/liquor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Perdida de oir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Tiene historia de ataques, mareos o perdida de conocimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Dificultad al respirar o perdida de aire al respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Enfermedades de la piel o salpullido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Cualquier otra enfermedad medica / sicologicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Solamente Mujeres -**

29 <b>Esta usted embarazada?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Enfermedades gynecologicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Fecha de la ultima menstruacion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Cuello / espalda superior / hombro / brazo / manos - por favor de responder:**

32 Usas mas la mano: <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda
33 "Yo uso la computadora aproximadamente _____ horas por dia" <input type="checkbox"/> Nunca
34 "You uso el raton con la mano: <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Nunca

**Describe con los numeros las respuestas en que contesto si:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Con mi firma abajo, doy mi autorizacion para exponerme con algun tratamiento medico y prueba/analisis creida necesaria para mi lastimadura y/o examen fisico y doy mi permiso para dar mi informacion medica acerca de mi habilidad de trabajar, a mi empleador. Doy ademas 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 so completas y exacta. Entiendo que una omision o mal interpretacion .

**Firma - Paciente**

Reviewed by:  Azar  Zdimal  Dohn  Bolinao  Mehta  Cooper