

CUESTIONARIO SOBRE SU SALUD

Nombre _____ Fecha _____

Numero de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Puesto que Solicita _____

¿Ha venido usted. Que en *Occupational Health* antes? Si No Si ha venido cuando _____

¿Usted ha tenido alguna operación? Si No. Si contesta afirmativamente, explique que clase, la fecha:

¿Ha tenido usted o tiene ahora alguna de las siguientes cosas?

- 1) Huesos quebrados Si No
- 2) Dislocaciones Si No
- 3) Coyunturas inflamadas Si No
- 4) Dolor de pie, pierna o cadera descompostura Si No
- 5) Dolor de rodilla o descompostura Si No
- 6) Dolor o incomodidad de su espalda o cuello,
o enfermedad de un disco Si No
- 7) Tratamientos de quiropráctico Si No
- 8) Dolor o descompustura del hombro Si No
- 9) Dolor o descompustura del brazo o codo Si No
- 10) Dolor o descompustura del mano o muñeca Si No
- 11) Tendonitis Si No
- 12) Síndrome del tunel carpiano Si No
- 13) Asmo o otros problemas de los pulmones Si No
- 14) Tuberculosis Si No
- 15) Enfermedades del corazón o circula Si No
- 16) Alta presión Si No
- 17) Diabetes Si No
- 18) Hepatitis o ictericia Si No
- 19) Cáncer o tumores Si No
- 20) Desordenes de la sangre Si No
- 21) Enfermedades mentales o crisis nervios Si No
- 22) Dolores de cabeza severos Si No
- 23) Problemas del estomago o digestivo Si No
- 24) Problemas de piel Si No
- 25) Epilepsia o convulsiones Si No
- 26) Alergias severas Si No
- 27) ¿Presentemente esta tomando usted medicamentos?
 Si No ¿Que tipo Medicamentos?

¿Usted fuma? Si No
¿Que cantidad? ___/diariamente

¿Usted toma bebia alcohólcia? Si No
¿Que cantidad? ___/diariamente

¿Usted hace ejercicio? Si No
Que clase _____

Mujeres solamente:
¿Cuando fue su ultima regla: _____
¿Tiene problemas con la menstruacion, que detengan su trabajo?
 Si No

¿Alguna vez ha a sido despedido del trabajo o las fuerzas armadas por motivos medico o de salud? Si No

¿Le han negado empleo segura por motivos médicos? Si No

¿Alguna vez ha revivido una incapacidad temporal o permanente o una pensión o compensación por un accidente de trabajo o enfermedad de trabajo? Si No

¿Tiene limitaciones en su habilidad para desempeñar los deberes del puesto?
 Si No

**Occupational Health Services
Sonoma Valley Hospital
386 Perkins St. Sonoma, CA 95476**

707-939-2200

7775_13.2/Rev 03/22/07

Boltar la pagina



¿Se ha hecho usted la prueba del tuberculosis? (TB) Si No. ¿Cuándo? _____

¿Cuales fueron los resultados?

Negativo (no reaccion.)

Positivo, (un terron rojo).

¿Si tuvo una reaccion positiva, usted tuvo radiografias? Si No

¿Si contesto si cuales fueron los resultados? _____

Nota: Una reaccion positive en el pasado del tuberculosis se ignifica que usted no debe tener otra. Un radiografia del pecho sera ordenada para obtener clarificacion para regresar a su trabajo.

EN SUS PALABRAS POR FAVOR EXPLIQUE TODAS LAS PREGUNTAS,

Sombre pagina uno.

(Indique el numero de todas las preguntas a las cuales usted haya contestado que Si. Ponga el ano y si acaso todavia a seguido teniedo problemas en el mismo lugar, o de alguna otra condicion médica.)

Certifico que la informacion que he dado sobre mi salud es completa y verdadera y que cualquier malentendido o material omitido puede ser causa para que no se me de el puesto o se me despida.

Firma _____ Fecha _____

La informacion en este cuestionario sera utilizada para su determinación fisica para la posicion por la cual usted aplico. El empleador sera informado de su condicion fisica si tune que ser puesto en trabajo limitado o si afecta su salud, su seguridad o la seguridad de otros sobre el desempeño de su trabajo.

Firma _____ Fecha _____

Examiner's comments:

--