

**HISTORIA DE SALUD DE PRE-COLOCACIÓN
ENCUESTA Y VALORACIÓN**

Nombre / <i>Name</i>		Sexo / <i>Sex</i> Hombre / <i>male</i> Mujer / <i>female</i>
Domicilio (calle y numero) / <i>Address</i>	Ciudad / <i>City</i>	Zona Postal / <i>Zip Code</i>
Teléfono casero / <i>Phone</i> Email:	Fecha de Nacimiento / <i>Date of Birth</i>	Número del Seguro Social / <i>Soc. Sec. No.</i>
Nombre de la compañía que usted esta solicitando / <i>Company</i>	Título en el Trabajo / <i>Job Title</i>	

INTRODUCCIÓN:

La información que usted proporciona en esta encuesta es sumamente importante. Se usará por médicos o profesionistas de la atención médica para evaluar su habilidad de realizar las funciones esenciales de su trabajo seguramente sin ponerse en peligro o a otros. Por favor lléne esta encuesta completamente y con precisión para que pueda tomarse una decisión en su empleo que lo beneficie a usted y su empleador.

Todas las declaraciones están sujetas a ser verificadas; e inexactitudes deliberadas o declaraciones incompletas pueden hacer que sea suspendido o que le quite su empleo.

Por favor conteste todas las preguntas completamente. No deje ninguna respuesta en blanco; use "NA" (no aplicable) o "no sé".

1. Liste sus últimas 3 hospitalizaciones (excluyendo el parto rutinario): / *List your last 3 hospitalizations (excluding routine childbirth)*
 Dia / *Day* Edad / *Age* Condición / *Condition* Nombre del Hospital, Ciudad & Estado / *Name of Hospital, City & State*

2. Liste cualquier otra operación o cirugía no incluidas anteriormente: / *List any other operations or surgeries not included above:*
 Dia / *Day* Edad / *Age* Condición / *Condition* Nombre del Hospital, Ciudad & Estado / *Name of Hospital, City & State*

3. Fecha de la última inmunización del Tétano: / *Date of last Tetanus immunization* _____ Nunca / *Never* No sé / *Unknown*

4. Liste todas las medicinas (recetadas y no recetadas) que usted está tomando actualmente (incluso las vitaminas, aspirinas, antihistaminas, medicaciones para el resfrío, para reducir de peso, drogas recreativas, etc.): / *List of medications (prescription and non-prescription) that you are currently taking (including vitamins, aspirin, antihistamines, cold medications, reducing aids, recreational drugs, etc.):*

5. Liste todas las medicinas (recetadas y no recetadas) que no listó anteriormente que haya tomando en los últimos dos meses: / *List of medications (prescription and non-prescription) not listed above that you have taken in the past two months:*

6. **Ejercicio**

¿Qué hace usted para ejercicio? *What do you do for exercise?* _____

¿Cuántos días por semana? *Number of days per week?* _____

¿Cuántos minutos al día? *Number of minutes per day?* _____

7. **Usted tiene, o ha tenido:** / *Do you have or have you ever had:* **Por favor marque “No” “Si” “?”**

Problemas de visión (ceguera a los colores o nocturna, visión borrosa, glaucoma, catarata, otro) <i>Vision problems (color/night blindness, blurred vision, glaucoma, cataracts, other.</i>	No	Si	?	
Condición de la piel (eczema recurrente, lesiones superficiales, abiertas e irritadas) <i>Skin condition (recurrent eczema, irritated skin, open lesions)</i>	No	Si	?	
Problemas al oír) / <i>Hearing problems</i>	No	Si	?	
Dolores de cabeza / <i>Headaches</i>	No	Si	?	
Mareo, desmayo o pérdida de conciencia / <i>Dizziness/fainting/loss of consciousness</i>	No	Si	?	
Convulsiones, ataques, epilepsia/ <i>Convulsions / seizures / epilepsy</i>	No	Si	?	
Depresión o desordenes emocionales / <i>Depression or emotional disorder</i>	No	Si	?	
Problemas Psicológicos, tensión nerviosa / <i>Psychological problems / stress</i>	No	Si	?	
Tratamiento de alcoholismo o drogadicción previa / <i>Prior drug/alcohol treatment</i>	No	Si	?	
Fatiga Crónica, Síndrome de la Guerra del Golfo / <i>Chronic fatigue /Gulf War Syndrome</i>	No	Si	?	
Asthma, falta de respiración / <i>Asthma / shortness of breath</i>	No	Si	?	
Tos Crónica / <i>Chronic cough</i>	No	Si	?	
Pneumotórax / <i>Pneumothorax</i>	No	Si	?	
Tuberculosis / <i>Tuberculosis</i>	No	Si	?	
Dolor del pecho o problemas del corazón / <i>Chest pain or heart problems</i>	No	Si	?	
Tobillos hinchados o venas varicosas / <i>Swollen ankles or varicose veins</i>	No	Si	?	
Murmullo cardiaco, latido del corazón irregular / <i>Heart murmur / Irregular heart beat</i>	No	Si	?	
Úlcera, intestino irritable o Enfermedad de Crohn / <i>Ulcer / irritable bowel / Crohn's Disease</i>	No	Si	?	
Tensión arterial alta / <i>High blood pressure</i>	No	Si	?	
Problemas Tiroideos / <i>Thyroid problems</i>	No	Si	?	
Hepatitis / <i>Hepatitis</i>	No	Si	?	
Tendencia a sangrar / <i>Bleeding tendency</i>	No	Si	?	
Hernia / <i>Hernia</i>	No	Si	?	
Fractura (huesos rotos) / <i>Fractures (broken bones)</i>	No	Si	?	
Diabetes / <i>Diabetes</i>	No	Si	?	
Anemia / <i>Anemia</i>	No	Si	?	
Cáncer or leucemia / <i>Cancer or leukemia</i>	No	Si	?	
Síndrome del túnel carpiano / <i>Carpel tunnel syndrome</i>	No	Si	?	
Reacción mala al frío, calor, alturas o espacios cerrados / <i>Bad reaction to cold, heat</i>	No	Si	?	
Entumecimiento de la de extremidades / <i>Numbness of extremities</i>	No	Si	?	
Dolor Crónico o dolor recurrente o movimiento limitado asociado con:/ <i>Chronic or recurring pain or limited motion associated with:</i>				
Cuello / <i>Neck</i>	Muñeca / <i>Wrist</i>	Espalda / <i>Back</i>	Tobillos / <i>Ankle</i>	Hombros / <i>Shoulder</i>
Manos / <i>Hand</i>	Cadera / <i>Hip</i>	Pies / <i>Foot</i>	Codos / <i>Elbow</i>	Rodillas / <i>Knee</i>

8. ¿Toma usted bebidas alcohólicas por lo menos una vez por semana?
Do you drink alcoholic beverages at least once per week? No Si ?

9. ¿Fuma cigarros por lo menos una vez por semana?
Do you smoke cigarettes at least once per week? No Si ?

10. ¿Está usted actualmente tomando cualquier droga o sustancias ilegales no autorizadas por su médico o profesional de la atención para la salud por propósitos médicos? No Si ?
Are you currently taking any drugs or illegal substances not authorized by your physician or health care professional for medical purposes?
11. ¿Ha tenido alguna vez una reacción, alérgica, y/o sensibilidad a cualquier droga (como la codeína, penicilina, o sulfa), látex, comidas, plantas, o químicos? No Si ?
Have you ever had a reaction, allergy, and/or sensitivity to any drugs (such as codeine, penicillin, or sulfa), latex, foods, plants or chemicals?
12. ¿Está usted actualmente bajo la atención médica para cualquier enfermedad emocional o física? No Si ?
Are you currently under medical care for any emotional or physical illness?
13. ¿Le han aconsejado que usted necesita una operación y aún no lo ha hecho? No Si ?
Have you been advised to have any operations which have not yet been done?
14. **¿Alguna vez ha tenido usted una lesión en el trabajo?** No Si ?
Have you ever had an injury at work?
15. **¿Tiene usted actualmente pendiente una demanda de compensación de trabajo o de incapacidad?** No Si ?
Do you currently have a workers' compensation or disability claim pending?
16. ¿Esta usted recibiendo actualmente algún pago de incapacidad médica (SDI, VA, SA, SSI, etc.)? No Si ?
Are you currently receiving any medical disability payments (SDI, VA, LTD, SSI, etc.)?
17. ¿Alguna vez ha cambiado trabajos o asignaciones de trabajo debido a cualquier problema de salud o lesiones? No Si ?
Have you ever changed jobs or work assignments because of any health problems or injuries?
18. ¿Alguna vez un médico o profesional de la atención para la salud le ha restringido su actividad? No Si ?
Have you ever had a physician or health care professional give you activity restrictions?
19. ¿Ha perdido más de una semana de trabajo, debido a razones de salud, en el último año? No Si ?
Have you missed more than one week of work due to health reasons in the last year?
20. ¿Alguna vez ha visto usted a un médico o profesional de la atención para la salud debido a problemas de la espalda, cuello o articulaciones? No Si ?
Have you ever seen a physician or health care professional because of any back/neck/joint problems?
21. **¿Alguna vez ha estado fuera del trabajo debido a problemas de espalda, cuello o articulaciones?** No Si ?
Have you ever been off work because of any back/neck/joint problems?
22. ¿Ha tenido problemas menstruales que la mantuvieron fuera del trabajo? No Si ?
Have you had menstrual problems that kept you off work?
23. ¿Alguna vez ha estado fuera de el trabajo debido a la tensión relacionada al mismo trabajo? No Si ?
Have you ever been absent from work due to job stress?
24. ¿Toma usted medicinas en el trabajo o antes de ir al trabajo que le podría afectar su función física o mental o sus habilidades? No Si ?
Do you take medications at work or before work which you believe could affect your physical or mental function or performance?
25. ¿Alguna vez ha sido incapaz de mantener un trabajo o se le ha negado empleo debido a cualquier razón física, mental, o cualquier otra razón relacionada con su salud? No Si ?
Have you ever been unable to hold a job or refused employment because of any physical, mental or other health related reason?
26. ¿Alguna vez ha sido rechazado o se le ha dado de baja de una posición militar debido a cualquier razón física, mental, o cualquier otra razón relacionada con su salud? No Si ?
Have you ever been rejected or discharged from a military position because of any physical, mental or other health related reason?
27. ¿Dentro del último año, ha tenido repetidamente una sensación de entumecimiento,

hormigueo, o "sensaciones de alfileres y agujas" en una o ambas manos?
Within the past year, have you an repeated feelings of numbness, tingling, or "pins and needles" sensations in one or both hands?

No Si ?

28. ¿Dentro del último año, ha tenido repetidamente una sensación de dolor en el antebrazo o codo?
Within the past year, have you had repeated feelings of soreness or pain in either forearm or elbow?

No Si ?

29. ¿Algunos de los síntomas anteriores (el entumecimiento, hormigueo, o dolor) le han causado que se despierte mientras estaba durmiendo?
Have any of the above symptoms (numbness, tingling, soreness or pain) caused you to be awakened while sleeping?

No Si ?

30. ¿El malestar en su muñeca, brazo u hombro interfiere con sus actividades diarias (comer, escribir, deportes, etc.)?
Does discomfort in your wrist, arm or shoulder interfere with your daily activities (eating, writing, sports, etc.)?

No Si ?

31. ¿Alguna vez usted ha recibido un tratamiento médico para este dolor y/o malestar?
Have you ever received medical treatment for this pain and/or discomfort?

No Si ?

32. ¿Su trabajo actual exige acciones repetitivas de los brazos, manos, o de los dedos muchas veces por hora o por jornada?
Does your present job require arm, hand, or finger actions to be repeated many times each hour or work shift?

No Si ?

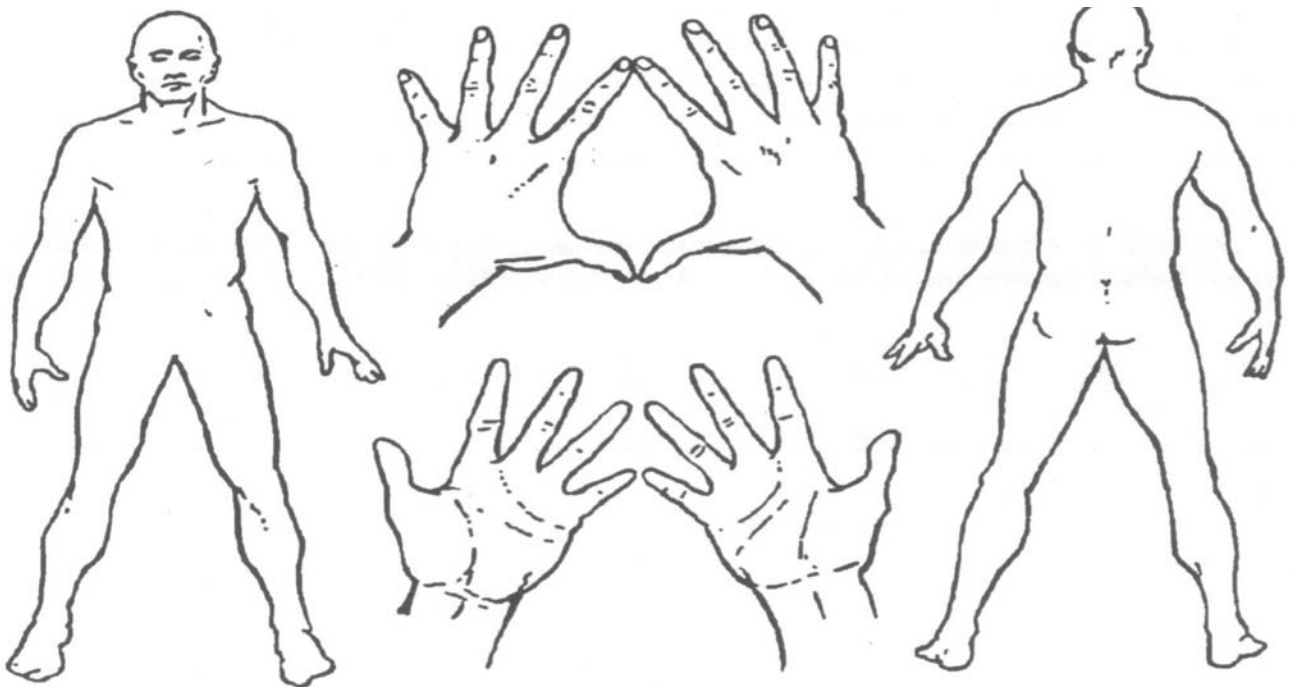
33. ¿Durante este último año, ha tenido dolor, hormigueo o entumecimiento? Por favor marque con una X si tiene dolor o con una O si tiene hormigueo o entumecimiento en los dibujos de abajo según sea apropiado?

DOLOR / PAIN

X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X

HORMIGUEO o ENTUMECIMIENTO / TINGLING or NUMBNESS

▲	▲	▲	▲	▲
▲	P _t			
▲	▲	▲	▲	▲



Por favor continúe la próxima pagina. *Please continue to next page.*

34. Liste los trabajos que usted ha tenido durante los últimos 10 años, empiece con su actual o más reciente trabajo: /
List jobs you have had over the past 10 years beginning with your current or most recent jobs:
Fechas de Empleo / *Dates Employed* Empleador / *Employer* Deberes de Trabajo / *Job Duties*

35. ¿ Alguna vez usted ha trabajado con cualquiera de lo siguiente? (marque todos los que aplican):

Asbestos / *Asbestos*

Plomo / *Lead*

Radiación / *Radiation*

Polvo / *Dust*

Ruido / *Noise*

Polvo de Silicón / *Silica powder*

Látex / *Latex*

Pesticidas / *Pesticides*

Solventes / *Solvents*

Láser / *Lasers*

Pinturas y adhesivos / *Paints and glues*

Otros químicos / *Other chemicals*

Substancias que irritaron sus ojos o su piel/ *Substances which irritated your skin or eyes*

Substancias que le hayan causado dificultades respiratorias/ *Substances which caused you breathing difficulties*

36. Relacionado con este trabajo, hay cualquier condición relacionada con su salud para qué usted requiera de acomodamiento (es decir, modificación del trabajo o cambios estructurales en el área de trabajo)? **Si es así, describa por favor cuál es necesario, Si no es así, escriba por favor “ninguno” o el “NA”:** / *Relative to this position, is there any health related condition for which you require accommodation (i.e., job modification or structural changes in the work area? If so, please describe. If no, write “none” or “NA”:*

Yo certifico por la presente que todas mis declaraciones y respuestas son verdaderas y completas, y yo entiendo que cualquier aseveración falsa de hecho material puede ser objeto para descalificarme o removerme y puede causar la pérdida de mi empleo. / *I hereby certify that all of my statements and answers are true and complete, and I understand that any misstatement of material fact may subject me to disqualification or dismissal and may cause forfeiture of all rights to employment.*

Firma completa: / *Signature in full:* _____ Fecha: / *Date* _____

Revisor: / *Reviewer:* _____ Fecha: / *Date* _____