



CUESTIONARIO - HISTORIAL MÉDICO

(Para solicitantes que han recibido ofertas de trabajo bajo ciertas condiciones. Las declaraciones que se encuentran en esta página deben ser firmadas por el solicitante antes de completar el cuestionario médico que sigue.)

Por la presente afirmo que el patrono me ha hecho una oferta de empleo con la condición que complete satisfactoriamente este cuestionario y si es necesario, un examen médico exclusivamente a la discreción del patrono. El propósito de esta encuesta es determinar si tengo actualmente las cualificaciones físicas y mentales necesarias para desempeñar las funciones esenciales del trabajo que se me ha ofrecido, si necesito alojamiento normal o especial y si puedo desempeñar el trabajo sin problemas de salud para mí o para los otros, y para los propósitos y razones que se enumeran en el cuestionario adjunto.

Esta información se mantendrá bajo estricta confidencialidad en un archivo por separado fuera de mi archivo personal. Con esto afirmo que las preguntas como se encuentran en el cuestionario médico adjunto no me las ha preguntado nadie que esté relacionado con el patrono, hasta que yo haya firmado esta declaración y se me haya ofrecido un trabajo.

NOMBRE _____ NÚM SEGURO SOCIAL _____

FIRMA _____ TESTIGO _____ TESTIGO _____

ESTADO DE FLORIDA, CONDADO DE _____ SUSCRITO Y DECLARADO BAJO JURAMENTO, el _____ de _____ de _____.

(SELLO) NOTARIO PÚBLICO _____

MI NOMBRAMIENTO EXPIRA: _____

I. ¿Ha recibido Ud. tratamiento para alguna de las siguientes condiciones o enfermedades?

- | Sí | No | | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca (del corazón) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Venas varicosas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Amputación de pie, pierna, brazo o mano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úlceras en las piernas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de la vista en uno o ambos ojos o pérdida parcial o vista modificada más de un 75% bilateralmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Incapacidad residual debida a la poliometitis (polio) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre de heno o asma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de la piel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reacción al suero a las drogas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteomielitis crónica (infracción de los huesos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas en riñones o vejiga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hiperinsulismo (azúcar baja en la sangre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úlceras |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Distrofia muscular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión en la cabeza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tromboflebitis (inflamación de una vena con un coágulo de sangre formado en la vena) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Disco intervertebral herniado (disco dislocado) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mareos o desmayos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Extirpación quirúrgica disco intervertebral o fusión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis o reumatismo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sordera total | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión a la rodilla |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retardación mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meniscosotomía (extirpación cartilago de rodilla) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión al hombro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rotulectomía (extirpación de la rótula o reemplazo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ruptura del ligamento crucial (de la rodilla) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adicción a las drogas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fusión quirúrgica o espontánea de una coyuntura importante que aguanta peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza intensos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Una o más lesiones en la espalda o proceso de enfermedad en espalda que resulte en incapacidad por 120 días | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos crónica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Accidentes previos con esta compañía o una afiliada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falta de aire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cualquier condición física o permanente que constituya un 20 por ciento de incapacidad de uno de los miembros o del cuerpo entero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colapso nervioso |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad mental, tratamiento siquiátrico o asesoramiento profesional |



2. Nombre cualquier condición o enfermedad por la cual ha recibido tratamiento en los últimos 3 años. Si no ha recibido tratamiento, escriba "Ninguna".

3. ¿Ha sido ingresado a un hospital alguna vez? Si contesta "Sí", escriba para cuál condición. Si nunca ha sido ingresado, escriba "No".

4. ¿Ha recibido Ud. tratamiento de un siquiatra o psicólogo? Si contesta "Sí", escriba para cuál condición. Si no ha recibido tratamiento, escriba "No".

5. ¿Ha recibido Ud. tratamiento por alguna condición mental? Si no ha recibido tratamiento, escriba "No".

6. ¿Hay alguna razón relacionada con su salud por la cual Ud. no podría desempeñar el trabajo que está solicitando? Si contesta "Sí", explique. Si no hay razón, escriba "Ninguna".

7. ¿Ha sufrido Ud. alguna enfermedad grave en los últimos 5 años? Si contesta "No", escriba "No".

8. ¿Cuántos días faltó Ud. al trabajo debido a enfermedad el año pasado? Si no faltó, escriba "Ninguno".

9. ¿Tiene Ud. algún defecto físico que no le permita hacer cierto tipo de trabajo? Si contesta "Sí", describalo/s y especifique las limitaciones de trabajo. Si no tiene, escriba "Ninguno".

10. ¿Tiene Ud. alguna incapacidad/impedimento físico que pudiera afectar el desempeño del trabajo que Ud. está solicitando? Si no tiene, escriba "Ninguno".

11. ¿Está Ud. tomando algún medicamento que le han recetado? Si contesta "Sí", escriba la razón para tomarlo. Si no toma medicamento, escriba "Ninguno".

12. ¿Ha recibido Ud. tratamiento por adicción a drogas o alcoholismo? Si contesta "Sí", identifique el proveedor médico y las fechas de tratamiento. Si no ha recibido tratamiento, escriba "Ninguno".

13. ¿Ha solicitado Ud. alguna vez el seguro de Compensación al Trabajador? Si contesta "Sí", describa las circunstancias en detalle. Si no ha solicitado el seguro, escriba "No".

Testigo _____ Persona que solicita el trabajo _____

Testigo _____