

HISTORIA MEDICA

NOMBRE _____ FECHA _____
 NUMERO Y NOMBRE DE DEPARTAMENTO _____ TURNO _____ FECHA EMPLEO _____
 SEGURO SOCIAL # _____ LICENCIA # _____ FECHA NACIMIENTO _____ ESTADO CIVIL _____

PARIENTES	EDAD	SALUD	EDAD DE FALLECIMIENTO	CAUSA DE MUERTE	
PADRE					
MADRE					
ESPOSA/O					
HIJOS					

Ha sufrido o se a informado que tiene alguna de las siguientes condiciones ponga fecha en que OCURIO.

	si	no	
alergia a drogas, medicinas o quimicos			hernia o roptura
amputaciones			alta presion de la sangre
artritis o reumatismo			cancel o tumores
asma o alergia al polen			problemas con los rinones
problemas con la espalda			fracturas
diabetes			deformidad fisica en cualquier parte del CUERPO.
epilepsia o convulsiones			enfermedad mental o nerviosa
lesion ocular (seria)			fiebre reumatica o escarlata
problemas con los pies			sarpullido o ronchas
problemas con la vesicula biliar			problemas abdominales
lesion craneal			tuberculosis
problemas audiales			ulcera (interna)
problemas del corazon			debilida o perdida del uso de qual quier parte del cuerpo

Es derecho? _____ Es zurdo _____ Usa lentes o lentes de contacto? _____ Todo el tiempo _____

Tiene cicatrices, lunares o tatuajes en el cuerpo? _____ Identifiquelos _____

Cuales enfermedades o accidentes ha tenido? _____

Esta recibiendo cualquier clase de tratamiento medico? _____

Explique _____

Toma medicamento regularmente? _____ Cuales _____

Cuantas veces ha sido hospitalizado y porque razon? _____

Ha recibido, esta recibiendo o piensa solicitar para compensacion de lesiones industriales

Explique _____

Ha sido rechazado por razones medicas por algun seguro o el servicio militar _____

Esta recibiendo pension del cervicio militar por incapacidad? _____

Que porcentaje esta recibiendo? _____

Ha recibido dinero del estado por incapacidad, state Disability por alguna enfermedad o accident? _____

Que porsentaje esta recibiendo? _____

Que clase de trabajo fisico ha hecho? _____

Si es necesario, Yo autorizo que el medico de ala compania la informacion total de los hechos y opiniones que resulten de este examen, Y al firmar estoy de acuerdo qu a lo ya mencionado son hechos correctos y no ha negado cualquier informacion pertinente a mi condicion fisica, Cualquier falsificacion de lo mencionado sera causa para mi despido inmediato.

Firma del solicitante _____

MEASUREMENTS & OTHER FINDINGS			
97 HEIGHT	INCHES	96 WEIGHT	POUNDS
99 BLOOD PRESSURE #		L	
100 PULSE RATE		REGULAR	
101 URINE (REAGENT STRIP)		SUGAR	ALBUMIN

102 HEARING RT		LT	
103 COLOR VISION		104 DEPTH	
105 VISION		WITHOUT GLASSES	
	RIGHT	LEFT	WITH GLASSES
			RIGHT LEFT
NEAR	J #	J #	J # J #
FAR	20'	20'	20' 20'
ARE CONTACT LENSES WORN?		PERIMETER SCORE RT LT	
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			

ABN		NORM		ABN		NORM	
106 HEAD & FACE				117 ABDOMEN & VISCERA			
107 EYES				118 HERNIA (RINGS)			
108 PUPILLARY REFLEX				119 GENITALIA PELVIC EXAM			
109 EARS EAR DRUMS				120 ANAL INSPECTION (PILONIDAL CYST)			
110 NOSE				121 RECTAL ON MEN OVER 40 YEARS OF AGE			
111 THROAT				122 UPPER EXTREMITIES (STRENGTH RANGE OF MOTION)			
112 ORAL HYGIENE				123 LOWER EXTREMITIES (STRENGTH RANGE OF MOTION)			
113 NECK THYROID				124 SPINE (CURVATURE RANGE OF MOTION)			
114 HEART				125 OTHER MUSCULOSKELETAL			
115 VASCULAR SYSTEM				126 SKIN & LYMPHATICS			
116 CHEST & LUNGS (INCLUDE BREASTS)				127 DEEP KNEE BEND			

128 FORWARD BENDING KNEES EXTENDED

(DISTANCE FINGERTIPS FROM FLOOR) (ABOUT) INCHES

130 GRIP CHECK MAJOR HAND RIGHT LEFT

129 REFLEXES ROMBERG PATELLAR ACHILLES BABINSKY INSTRUMENT SETTING

Medical History	() Unremarkable	() Remarkable	See Findings
Vital Signs	() Normal	() Abnormal	See Findings
Check X-Ray	() Normal	() Abnormal	See X-Ray Report () N/A
Lumbar X-Ray	() Normal	() Abnormal	See X-Ray Report () N/A
Urinanalysis	() Normal	() Abnormal	See Findings () N/A
Urine Drug Screen Obtained	() Yes	() No	() N/A
Audiometry	() Normal	() Abnormal	See Findings () N/A
Pulmonary Function	() Normal	() Abnormal	See Report () N/A
Physical Examination	() Normal	() Abnormal	See Findings

Significant Medical Findings:

IF ANY ABNORMALITIES ARE FOUND WAS APPLICANT INFORMED? YES NO

MEDICAL CLASSIFICATION (SUBJECT TO APPROVAL BY MEDICAL DEPARTMENT)

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A NO WORK LIMITATIONS REQUIRED | YES | NO |
| B WORK LIMITATIONS REQUIRED BECAUSE OF CORRECTABLE ABNORMALITY | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C WORK LIMITATIONS REQUIRED BECAUSE OF UNCORRECTABLE ABNORMALITY | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D UNSUITED FOR ANY WORK UNTIL ABNORMAL CONDITION IS CORRECTED | | |

REQUIRED WORK LIMITATIONS _____

TYPE OR STAMP DOCTOR'S NAME & ADDRESS

DOCTOR'S SIGNATURE _____

DATE _____