

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

- Epilepsia
- Diabetes
- Enfermedad cardíaca (del corazón)
- Amputación de pie, pierna, brazo o mano
- Pérdida de la vista en uno o ambos ojos o pérdida parcial o vista modificada más de un 75% bilateralmente
- Incapacidad residual debida a la poliometitis (polio)
- Parálisis cerebral
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Hemofilia
- Osteomielitis crónica (infracción de los huesos)
- Hiperinsulismo (azúcar baja en la sangre)
- Distrofia muscular
- Tromboflebitis (inflamación de una vena con un coágulo de sangre formado en la vena)
- Disco intervertebral herniado (disco dislocado)
- Extirpación quirúrgica disco intervertebral o fusión
- Sordera total
- Retardación mental
- Meniscosotomía (extirpación cartílago de rodilla)
- Rotulectomía (extirpación de la rótula o reemplazo)
- Ruptura del ligamento crucial (de la rodilla)
- Fusión quirúrgica o espontánea de una coyuntura importante que aguanta peso
- Una o más lesiones en la espalda o proceso de enfermedad en espalda que resulte en incapacidad por 120 días
- Accidentes previos con esta compañía o una afiliada
- Cualquier condición física o permanente que constituya un 20 por ciento de incapacidad de uno de los miembros o del cuerpo entero

Sí No

- Fiebre reumática
- Presión arterial alta
- Venas varicosas
- Úlceras en las piernas
- Dolor en el pecho
- Tuberculosis
- Alergias
- Fiebre de heno o asma
- Problemas de la piel
- Reacción al suero a las drogas
- Problemas en riñones o vejiga
- Úlceras
- Lesión en la cabeza
- Cáncer
- Mareos o desmayos
- Artritis o reumatismo
- Lesión a la rodilla
- Dolor de espalda
- Lesión al hombro
- Alcoholismo
- Adicción a las drogas
- Dolores de cabeza intensos
- Tos crónica
- Falta de aire
- Colapso nervioso
- Enfermedad mental, tratamiento psiquiátrico 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 sicólogo? 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", descríbalos 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 _____