

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			cancer 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 què 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	99 WEIGHT	LBS
99 BLOOD PRESSURE	R	L	
100 PULSE RATE	REGULAR		
101 URINE (REAGENT STRIP)	SUGAR	ALBUMIN	

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

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								

126 FORWARD BENDING KNEES EXTENDED					130 GRIP	CHECK MAJOR HAND	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT
(DISTANCE FINGERTIPS FROM FLOOR) (ABOUT)	INCHES						
129 REFLEXES: ROMBERG	PATELLAR	ACHILLES	BABINSKY		INSTRUMENT	SETTING	
Medical History	() Unremarkable	() Remarkable	See Findings				
Vital Signs	() Normal	() Abnormal	See Findings				
Chest X-Ray	() Normal	() Abnormal	See X-Ray Report	() N/A			
Lumbar X-Ray	() Normal	() Abnormal	See X-Ray Report	() N/A			
Urinalysis	() 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	MUST WEAR GLASSES AT WORK	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
B. WORK LIMITATIONS REQUIRED BECAUSE OF CORRECTABLE ABNORMALITY	MUST WEAR CONTACT LENSES	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
C. WORK LIMITATIONS REQUIRED BECAUSE OF UNCORRECTABLE ABNORMALITY		
D. UNSUITED FOR ANY WORK UNTIL ABNORMAL CONDITION IS CORRECTED		

REQUIRED WORK LIMITATIONS: _____

DOCTOR'S SIGNATURE	DATE	TYPE OR STAMP DOCTOR'S NAME & ADDRESS
--------------------	------	---------------------------------------