

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Qué trabajo vas a hacer? (Oferta / Descripción):

¿Has hecho este tipo de trabajo antes? Sí No

Si es así, ¿ha tenido problemas? Sí No

¿Serás capaz de hacer este trabajo? Sí No Incierto

Sí No ¿Alguna vez ha estado fuera de trabajo para más de un día debido al trabajo relacionado con una enfermedad o lesión?

Si es así, cuando

Sí No ¿Usted incluso ha estado hospitalizado?

¿Ha tenido la exposición a:

Quando

Y N asbesto.

Y N fluidos biológicos.

Y N Carbón.

Y N Cotton Dust.

Y N Resinas Epoxi.

Y N Fundición de trabajo.

Y N humos / vapores.

Y N Metales pesados / Minería.

Y N pesado polvo.

Y N Fuerte ruido.

Y N plaguicidas.

Y N Disolventes / desengrasantes.

Y N vibración.

Y N soldadura / soldadura.

Y Otras N.

HÁBITOS DE PERSONAL

Sí No ¿Fuma ahora?

Paquetes por día: Años:

Sí No ¿Ha fumado en el pasado?

¿Cuándo dejar de fumar:

Sí No ¿Utiliza usted el tabaco de mascar o tabaco?

Veces al día: Años:

Sí No ¿Bebe alcohol?

Bebidas a la semana:

Sí No ¿Usa drogas ilegales?

Lista:

Sí No ¿Usted hace ejercicio durante 30 minutos tres veces a la semana o más?

MEDICAMENTOS

Sí No ¿Toma medicamentos recetados?

Lista:

Sí No ¿Es usted alérgico a algún medicamento?

Lista:

Sí No ¿Ha tenido un refuerzo contra el tétanos en los últimos cinco (5) años?

HISTORIA FAMILIAR

Y las enfermedades graves del corazón N antes de la edad de 50 años?

Y N diabetes en la familia inmediata?

Sí No dependiente de insulina?

Sí No El cáncer de colon en la familia inmediata?

Sí No Enfermedad pulmonar (bronquitis crónica, enfisema, cáncer?)

DETERIORO DE LA HISTORIA

¿Tiene usted:

Sí No Pérdida de la visión en ambos ojos que no se puede corregir?

Y la pérdida de N de la audición que requiere una prótesis de oído?

Y N Disminución de la función en cada mano, como el agarre y la fuerza y el uso de la

de todos los dedos?

¿Tiene alguna discapacidad o problemas que puedan interferir con su capacidad para:

Y N Trabajo en altura

Sí No El trabajo en frío o el calor

Y N evitar o manejar maquinaria peligrosa

Y N vehículos de tracción en la empresa o de la vía pública

Sí No trabajo en espacios confinados

Y N Use un respirador

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Ha tenido alguna vez o le han dicho que tenía:

Y N asma

Y N alergias graves

Sí No Dolor de espalda

Y N bronquitis

Y N síndrome del túnel carpiano

Sí No Dolor en el pecho

Y N Diabetes

Y N Enfisema

Y N epilepsia u otros trastornos convulsivos

Y N Desmayos

Y N dificultad para oír

Sí No Ataque al corazón

Y N Las enfermedades del corazón

Y N hepatitis, cirrosis o enfermedad hepática

Y N La presión arterial alta

Y N ictericia

Y N problemas musculoesqueléticos

S N Problemas neurológicos

Sí No sangra la nariz

Y N Dificultad para respirar

Y N Trastornos del sueño

Y N Cirugía

Y N de TB

S N Problemas de visión

Sí No usar lentes de contacto

Sí No Use lentes

Las respuestas en esta página son verdaderas y correctas a mi mejor saber y entender. Entiendo que la falsificación puede ser motivo para la terminación. Esto también se autoriza la divulgación de cualquier información médica, con respecto a mi condición de pasado o presente pertinente a mi empleo, por los médicos y el personal de la administración de este examen.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____