

**HISTORIA DE SALUD DE PRE-COLOCACIÓN  
ENCUESTA Y VALORACIÓN**

Nombre / <i>Name</i>		Sexo / <i>Sex</i> Hombre / <i>male</i> Mujer / <i>female</i>
Domicilio (calle y numero) / <i>Address</i>	Ciudad / <i>City</i>	Zona Postal / <i>Zip Code</i>
Teléfono casero / <i>Phone</i> Email:	Fecha de Nacimiento / <i>Date of Birth</i>	Número del Seguro Social / <i>Soc. Sec. No.</i>
Nombre de la compañía que usted esta solicitando / <i>Company</i>	Título en el Trabajo / <i>Job Title</i>	

**INTRODUCCIÓN:**

La información que usted proporciona en esta encuesta es sumamente importante. Se usará por médicos o profesionistas de la atención médica para evaluar su habilidad de realizar las funciones esenciales de su trabajo seguramente sin ponerse en peligro o a otros. Por favor lléne esta encuesta completamente y con precisión para que pueda tomarse una decisión en su empleo que lo beneficie a usted y su empleador.

**Todas las declaraciones están sujetas a ser verificadas; e inexactitudes deliberadas o declaraciones incompletas pueden hacer que sea suspendido o que le quite su empleo.**

Por favor conteste todas las preguntas completamente. No deje ninguna respuesta en blanco; use "NA" (no aplicable) o "no sé".

1. Liste sus últimas 3 hospitalizaciones (excluyendo el parto rutinario): / *List your last 3 hospitalizations (excluding routine childbirth)*

Dia / <i>Day</i>	Edad / <i>Age</i>	Condición / <i>Condition</i>	Nombre del Hospital, Ciudad & Estado / <i>Name of Hospital, City &amp; State</i>

2. Liste cualquier otra operación o cirugía no incluidas anteriormente: / *List any other operations or surgeries not included above:*

Dia / <i>Day</i>	Edad / <i>Age</i>	Condición / <i>Condition</i>	Nombre del Hospital, Ciudad & Estado / <i>Name of Hospital, City &amp; State</i>

3. Fecha de la última inmunización del Tétano: / *Date of last Tetanus immunization* \_\_\_\_\_ Nunca / *Never*      No sé / *Unknown*

4. Liste todas las medicinas (recetadas y no recetadas) que usted está tomando actualmente (incluso las vitaminas, aspirinas, antihistaminas, medicaciones para el resfrío, para reducir de peso, drogas recreativas, etc.): / *List of medications (prescription and non-prescription) that you are currently taking (including vitamins, aspirin, antihistamines, cold medications, reducing aids, recreational drugs, etc.):*

-----

-----

-----

-----

-----

5. Liste todas las medicinas (recetadas y no recetadas) que no listó anteriormente que haya tomando en los últimos dos meses: / *List of medications (prescription and non-prescription) not listed above that you have taken in the past two months:*

-----

-----

6. **Ejercicio**

¿Qué hace usted para ejercicio? *What do you do for exercise?* \_\_\_\_\_

¿Cuántos días por semana? *Number of days per week?* \_\_\_\_\_

¿Cuántos minutos al día? *Number of minutes per day?* \_\_\_\_\_

7. **Usted tiene, o ha tenido:** / *Do you have or have you ever had:* **Por favor marque “No” “Si” “?”**

Problemas de visión (ceguera a los colores o nocturna, visión borrosa, glaucoma, catarata, otro) <i>Vision problems (color/night blindness, blurred vision, glaucoma, cataracts, other.</i>	No	Si	?
Condición de la piel (eczema recurrente, lesiones superficiales, abiertas e irritadas) <i>Skin condition (recurrent eczema, irritated skin, open lesions)</i>	No	Si	?
Problemas al oír) / <i>Hearing problems</i>	No	Si	?
Dolores de cabeza / <i>Headaches</i>	No	Si	?
Mareo, desmayo o pérdida de conciencia / <i>Dizziness/fainting/loss of consciousness</i>	No	Si	?
Convulsiones, ataques, epilepsia/ <i>Convulsions / seizures / epilepsy</i>	No	Si	?
Depresión o desordenes emocionales / <i>Depression or emotional disorder</i>	No	Si	?
Problemas Psicológicos, tensión nerviosa / <i>Psychological problems / stress</i>	No	Si	?
Tratamiento de alcoholismo o drogadicción previa / <i>Prior drug/alcohol treatment</i>	No	Si	?
Fatiga Crónica, Síndrome de la Guerra del Golfo / <i>Chronic fatigue /Gulf War Syndrome</i>	No	Si	?
Asthma, falta de respiración / <i>Asthma / shortness of breath</i>	No	Si	?
Tos Crónica / <i>Chronic cough</i>	No	Si	?
Pneumotórax / <i>Pneumothorax</i>	No	Si	?
Tuberculosis / <i>Tuberculosis</i>	No	Si	?
Dolor del pecho o problemas del corazón / <i>Chest pain or heart problems</i>	No	Si	?
Tobillos hinchados o venas varicosas / <i>Swollen ankles or varicose veins</i>	No	Si	?
Murmullo cardiaco, latido del corazón irregular / <i>Heart murmur / Irregular heart beat</i>	No	Si	?
Úlcera, intestino irritable o Enfermedad de Crohn / <i>Ulcer / irritable bowel / Crohn's Disease</i>	No	Si	?
Tensión arterial alta / <i>High blood pressure</i>	No	Si	?
Problemas Tiroideos / <i>Thyroid problems</i>	No	Si	?
Hepatitis / <i>Hepatitis</i>	No	Si	?
Tendencia a sangrar / <i>Bleeding tendency</i>	No	Si	?
Hernia / <i>Hernia</i>	No	Si	?
Fractura (huesos rotos) / <i>Fractures (broken bones)</i>	No	Si	?
Diabetes / <i>Diabetes</i>	No	Si	?
Anemia / <i>Anemia</i>	No	Si	?
Cáncer or leucemia / <i>Cancer or leukemia</i>	No	Si	?
Síndrome del túnel carpiano / <i>Carpel tunnel syndrome</i>	No	Si	?
Reacción mala al frío, calor, alturas o espacios cerrados / <i>Bad reaction to cold, heat</i>	No	Si	?
Entumecimiento de la de extremidades / <i>Numbness of extremities</i>	No	Si	?
Dolor Crónico o dolor recurrente o movimiento limitado asociado con:/ <i>Chronic or recurring pain or limited motion associated with:</i>			
Cuello / <i>Neck</i>	Muñeca / <i>Wrist</i>	Espalda / <i>Back</i>	Tobillos / <i>Ankle</i>
Manos / <i>Hand</i>	Cadera / <i>Hip</i>	Pies / <i>Foot</i>	Codos / <i>Elbow</i>
			Hombros / <i>Shoulder</i>
			Rodillas / <i>Knee</i>

8. ¿Toma usted bebidas alcohólicas por lo menos una vez por semana? *Do you drink alcoholic beverages at least once per week?* No Si ?

9. ¿Fuma cigarros por lo menos una vez por semana? *Do you smoke cigarettes at least once per week?* No Si ?

10. ¿Está usted actualmente tomando cualquier droga o sustancias ilegales no autorizadas por su médico o profesional de la atención para la salud por propósitos médicos? No Si ?  
*Are you currently taking any drugs or illegal substances not authorized by your physician or health care professional for medical purposes?*
11. ¿Ha tenido alguna vez una reacción, alérgica, y/o sensibilidad a cualquier droga (como la codeína, penicilina, o sulfa), látex, comidas, plantas, o químicos? No Si ?  
*Have you ever had a reaction, allergy, and/or sensitivity to any drugs (such as codeine, penicillin, or sulfa), latex, foods, plants or chemicals?*
12. ¿Está usted actualmente bajo la atención médica para cualquier enfermedad emocional o física? No Si ?  
*Are you currently under medical care for any emotional or physical illness?*
13. ¿Le han aconsejado que usted necesita una operación y aún no lo ha hecho? No Si ?  
*Have you been advised to have any operations which have not yet been done?*
14. **¿Alguna vez ha tenido usted una lesión en el trabajo?** No Si ?  
*Have you ever had an injury at work?*
15. **¿Tiene usted actualmente pendiente una demanda de compensación de trabajo o de incapacidad?** No Si ?  
*Do you currently have a workers' compensation or disability claim pending?*
16. ¿Esta usted recibiendo actualmente algún pago de incapacidad médica (SDI, VA, SA, SSI, etc.)? No Si ?  
*Are you currently receiving any medical disability payments (SDI, VA, LTD, SSI, etc.)?*
17. ¿Alguna vez ha cambiado trabajos o asignaciones de trabajo debido a cualquier problema de salud o lesiones? No Si ?  
*Have you ever changed jobs or work assignments because of any health problems or injuries?*
18. ¿Alguna vez un médico o profesional de la atención para la salud le ha restringido su actividad? No Si ?  
*Have you ever had a physician or health care professional give you activity restrictions?*
19. ¿Ha perdido más de una semana de trabajo, debido a razones de salud, en el último año? No Si ?  
*Have you missed more than one week of work due to health reasons in the last year?*
20. ¿Alguna vez ha visto usted a un médico o profesional de la atención para la salud debido a problemas de la espalda, cuello o articulaciones? No Si ?  
*Have you ever seen a physician or health care professional because of any back/neck/joint problems?*
21. **¿Alguna vez ha estado fuera del trabajo debido a problemas de espalda, cuello o articulaciones?** No Si ?  
*Have you ever been off work because of any back/neck/joint problems?*
22. ¿Ha tenido problemas menstruales que la mantuvieron fuera del trabajo? No Si ?  
*Have you had menstrual problems that kept you off work?*
23. ¿Alguna vez ha estado fuera de el trabajo debido a la tensión relacionada al mismo trabajo? No Si ?  
*Have you ever been absent from work due to job stress?*
24. ¿Toma usted medicinas en el trabajo o antes de ir al trabajo que le podría afectar su función física o mental o sus habilidades? No Si ?  
*Do you take medications at work or before work which you believe could affect your physical or mental function or performance?*
25. ¿Alguna vez ha sido incapaz de mantener un trabajo o se le ha negado empleo debido a cualquier razón física, mental, o cualquier otra razón relacionada con su salud? No Si ?  
*Have you ever been unable to hold a job or refused employment because of any physical, mental or other health related reason?*
26. ¿Alguna vez ha sido rechazado o se le ha dado de baja de una posición militar debido a cualquier razón física, mental, o cualquier otra razón relacionada con su salud? No Si ?  
*Have you ever been rejected or discharged from a military position because of any physical, mental or other health related reason?*
27. ¿Dentro del último año, ha tenido repetidamente una sensación de entumecimiento,

hormigueo, o "sensaciones de alfileres y agujas" en una o ambas manos?  
*Within the past year, have you an repeated feelings of numbness, tingling, or "pins and needles" sensations in one or both hands?*

No Si ?

28. ¿Dentro del último año, ha tenido repetidamente una sensación de dolor en el antebrazo o codo?  
*Within the past year, have you had repeated feelings of soreness or pain in either forearm or elbow?*

No Si ?

29. ¿Algunos de los síntomas anteriores (el entumecimiento, hormigueo, o dolor) le han causado que se despierte mientras estaba durmiendo?  
*Have any of the above symptoms (numbness, tingling, soreness or pain) caused you to be awakened while sleeping?*

No Si ?

30. ¿El malestar en su muñeca, brazo u hombro interfiere con sus actividades diarias (comer, escribir, deportes, etc.)?  
*Does discomfort in your wrist, arm or shoulder interfere with your daily activities (eating, writing, sports, etc.)?*

No Si ?

31. ¿Alguna vez usted ha recibido un tratamiento médico para este dolor y/o malestar?  
*Have you ever received medical treatment for this pain and/or discomfort?*

No Si ?

32. ¿Su trabajo actual exige acciones repetitivas de los brazos, manos, o de los dedos muchas veces por hora o por jornada?  
*Does your present job require arm, hand, or finger actions to be repeated many times each hour or work shift?*

No Si ?

33. ¿Durante este último año, ha tenido dolor, hormigueo o entumecimiento? Por favor marque con una X si tiene dolor o con una O si tiene hormigueo o entumecimiento en los dibujos de abajo según sea apropiado?

DOLOR / PAIN

X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X

HORMIGUEO o ENTUMECIMIENTO / TINGLING or NUMBNESS

▲	▲	▲	▲	▲
▲	P <sub>t</sub>			
▲	▲	▲	▲	▲



