

- Post Offer  Surveillance  Dive  No Fault  
 Respirator  DOT  Fit for Duty  
 Asbestos  Hazmat

Nombre		Dirección	
Teléfono de casa No.		Nacimiento	
Teléfono de trabajo No.		Soc. Sec. No.	

**HISTORIA MEDICA: ¿Alguna vez has tenido... (Por favor, "SI" o "NO" y explique los elementos "SI" a continuación):**

	SI	No		SI	No		SI	No
1 Lesiones en la cabeza/Dolor de cabeza			13 Problemas cardíacos			25 Síndrome del Túnel Carpiano		
2 Convulsiones/Inconscientes			14 Presión arterial alta			26 Parálisis, Debilidad, Accidente cerebrovascular		
3 Embarazo ahora			15 Problemas estomacales			27 Afección de la espalda o la columna vertebral		
4 Dolores de cabeza persistentes			16 Hígado, Problemas de vesícula biliar, Hepatitis			28 Defecto permanente por enfermedad o lesión		
5 Trastorno emocional, nervioso o mental			17 Hemorroides / Sangre en Heces			29 Confinamiento extenso por enfermedad o lesión		
6 Problemas oculares, visión deficiente, glaucoma			18 Hernia			30 Operaciones/Hospitalización		
7 Problemas del oído, agujero en el tímpano			19 Trastorno del riñón o la vejiga			31 Abuso de drogas o alcohol		
8 Tos persistente			20 Enfermedad venérea, ETS			32 Alergias (incluyendo medicamentos)		
9 Neumonía o pleuresía			21 Trastorno muscular			33 Problemas en la piel		
10 Dificultad para respirar			22 Artritis, Gota			34 Tumor, Cáncer		
11 Asma, Fiebre del heno			23 Diabetes			35 Fatiga crónica		
12 Tuberculosis			24 Fiebre reumática			36 Medicamentos actuales		

Explain: (List by number)

**FAMILY HISTORY**

	SI	No		SI	No
enfermedad cardíaca			30 Diabetes		
Cáncer			40 Tuberculosis		
			41 Enfermedad hereditaria		

Explain: (List by number)

He respondido a las preguntas anteriores a mi leal saber y entender. Por la presente autorizo el reenvío de los resultados de este History & Exam a mi compañía. 46. P 47. R 48. T 49. I

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**EXAMINATION & TESTS**

43. HT (IN) \_\_\_\_\_ 44. WT (LB) \_\_\_\_\_ 45. BP \_\_\_\_\_ at rest \_\_\_\_\_ after exercise \_\_\_\_\_

46. P \_\_\_\_\_ 47. R \_\_\_\_\_ 48. T \_\_\_\_\_ 49. LMP \_\_\_\_\_

50. Vision Uncorrected	51. Vision Corr.	52. Fields	53. Color	54. Depth
Far Near	Far Near			
Right				
Left				
Both				

Glasses or Contacts:  Yes  No

55. Audiogram

	500	1000	2000	3000	4000	5000	6000
Right							
Left							

Hearing Aid:  Yes  No

56. Tympanogram: L \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_

57. Urinalysis: Sugar \_\_\_\_\_ Albumin \_\_\_\_\_ Spec. Grav. \_\_\_\_\_

Pulmonary Function Test

58. FVC	Best of 3	Predicted	60. FEV1/FVC	Best of 3	Predicted
59. FEV1			61. FEF 25-75%		

	NL	AB		NL	AB		NL	AB		NL	AB
62 General Appearance			67 Nose			72 Heart			77 Spine		
63 Skin			68 Mouth, Throat			73 Abdomen			78 Neurological		
64 Head			69 Neck			74 Hernia			79 Reflexes		
65 Eyes			70 Chest, Lungs			75 Upper Extremities			80 Romberg		
66 Ears			71 Breasts			76 Lower Extremities			81 Rectal/Anus		
									82 Genitalia		
									83 Scars, Markings		
									84 Olfactory (Smell)		
									85 Psychiatric		
									86		

REMARKS:

SUMMARY:

EXAMINER'S NAME: \_\_\_\_\_ SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_