

Date:
Pre-placement:
Periodic:
Other:

# Examen de salud médico/laboral

## Occupational/Medical Health Examination

Nombre: \_\_\_\_\_ # de SS \_\_\_\_\_

Médico personal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**Antecedentes laborales** Pasados: \_\_\_\_\_ Actuales: \_\_\_\_\_

Empleador que lo contrató: \_\_\_\_\_ Puesto para el que lo contrataron: \_\_\_\_\_

<b>Alguna vez ha padecido o padece actualmente:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Proporcione detalles de todas las respuestas "Sí"</b>
1. Dolores de cabeza frecuentes o intensos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Quedar inconsciente por alguna razón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Sensación de entumecimiento o cosquilleo (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Dolor de moderado a intenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Tiempo perdido debido a enfermedades o lesiones r elacionadas con el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Problemas oculares excepto la necesidad de usar anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7a. ¿Utiliza lentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fecha de su último examen de la vista			
8. Problemas pulmonares (excepto resfriados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Dificultad para respirar, asma, estertores, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Exposición conocida a la tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Presión arterial alta o baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Problemas cardíacos (angina de pecho o palpitaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Indigestión u otro malestar estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Padecimientos renales o de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Hernia-especifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Padecimientos hepáticos, hepatitis o ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. Padecimientos nerviosos de cualquier tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19. Cambios en el peso no intencionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20. Uso de narcóticos o drogas ilegales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21. Consumo regular de alcohol-especifique la cantidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
22. Hábito de fumar-cajetillas por día y número de años fumando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
23. Problemas de la espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
24. Dolor o limitaciones en huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
25. Cualquier dolor en la mano o muñeca, entumecimiento, cosquilleo o síndrome del túnel carpiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
26. Exposición a radiación, rayos X, o exploraciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
27. Se le negó un seguro de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
28. Baja médica o rechazo en algún cuerpo militar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
29. Cirugía-especifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
30. Ingreso a un hospital o tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
31. Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
32. <b>Sólo para mujeres:</b> Fecha de la última prueba de Papanicolaou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
33. <b>Sólo para hombres:</b> Fecha del último examen de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Exposiciones relacionadas con el trabajo:

Medicamentos (regulares o recetados):

Alergias:

Admito que mis respuestas para las preguntas anteriores son verdaderas y completas, a mi leal saber y entender. Entiendo y estoy de acuerdo en que mis respuestas y lo que se encuentre en mi examen físico puede ser utilizado para ayudar a que se me otorgue un empleo que concuerde con mi estado de salud. También estoy de acuerdo en proporcionar las muestras de sangre, orina y aliento que se necesiten para los programas de seguridad y salud de la Compañía, entre otros, programas sobre sustancias tóxicas, sustancias controladas (medicamentos) e intoxicantes, cuando la Compañía me lo solicite.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_