

O

M

S

144 Valhi Lagoon Crossing Houma, LA 70360

Phone 985.223.0032 Fax 985.872.6670

Su Nombre: _____ Fecha: _____

Direccion: _____ Telefono # _____

Fecha de Nacimiento: _____ S.S. # _____

Su Titulo Del Trabajo: _____

Historial Medico - Circule Si o No sialguna vez a padecido o tenido algun sistoma.

Centes o contactos/ o lentillas/ Glasses/contacts	Si/No	Cirrosis / Cirrhosis	Si/No
Vision mala / Poor Vision	Si/No	El Sindrome del tunel carpiano / Carpal Tunnel Syndrome	Si/No
Daltonismo / Color Blindness	Si/No	Problemas estomacales / Stomach Problems	Si/No
Cataratas / Cataract	Si/No	Evacuaciones con sangre / Bloody bowel movements	Si/No
Glaucoma	Si/No	Colitis	Si/No
Infeccion del oido / Ear Infection	Si/No	Epilepsia/Convulsiones / Epilepsy/seizures	Si/No
Audifonos / Hearing Aid	Si/No	Migrana / Migraine Headache	Si/No
Perdida de la audicion / Loss of Hearing	Si/No	Perdida de consciencia / Loss of Consciousness	Si/No
Problemas dentales / Dental problems/TMJ	Si/No	Vertigo / Dizziness/Vertigo	Si/No
Alergias / Allergies	Si/No	Enfermedades del nervio periferico / Peripheral Nerve Disease	Si/No
Tuberculosis	Si/No	Depresion / Frequent worry/depression	Si/No
Asma y dificultades respiratorias / Asthma/Breathing difficulties	Si/No	Piedras en el rinon / Kidney trouble/stones	Si/No
Colapso de pulmones / Lung collapse	Si/No	Problemas con la vesicula / Bladder/Gallbladder Trouble	Si/No
Problemas para respirar / Shortness of breath/wheezing	Si/No	Dificultad para orinar / Difficult or frequent urination	Si/No
Enfermedad venereas / Venereal disease	Si/No	Latido del Corazon irregulares / Irregular heart beat	Si/No
La apnea del sueno / Sleep Apnea	Si/No	Menstruacion irregular / Irregular period/menstruation	Si/No
Varices / Varicose Veins	Si/No	¿Esta embarazada? / Are you pregnant?	Si/No
Ataque fulminante / Stroke	Si/No	Fecha del ultimo papi / Date of last pap smear	_____
Ulcera en la pierna / Leg Ulcers	Si/No	Fecha del ultimo mamograma / Date of last mammogram	_____
Anemia	Si/No	Problemas de próstata / Prostate problems	Si/No
Leucemia / Leukemia	Si/No	HIV or Sida / HIV Positive	Si/No
Diabetes	Si/No	La enfermedad de celulas falciformes/Sickle Cell Disease	Si/No
Hipertension / High Blood Pressure	Si/No	Salpullido/dermatitis / Rash/Dermatitis	Si/No
Enfermedad del Corazon / Heart Disease	Si/No	Psoriasis	Si/No
Enfermedad mental / Mental Illness	Si/No	Hepatitis	Si/No
Problemas de la tiroids / Thyroid problems	Si/No	Cancer/ tumors	Si/No
¿Cirugia? / ANY SURGERY?	Si/No		
Deslocaciones de los huesos / Dislocations	Si/No		
Convulsiones o lesion en la cabeza / Concussion or head injury	Si/No		
Ha sido paciente en el hospital / Been a patient in a hospital	Si/No		
Cirrhosis / Cirrhosis	Si/No		
Hernia / Had a hernia	Si/No		
Ataques o desmayos / Had fits or fainting	Si/No		
Enfermedad grave / Had a serious illness	Si/No		
Emphysema	Si/No		
Roto un hueso / Broken a bone	Si/No		
Se a las timado la espalda/dolor de espalda / Injured your back or experienced back pain	Si/No		
Se a lastimodo el cuello/o dolor de cuello / Injured your neck or experienced neck pain	Si/No		
Se a la lastimado o lesionodo la cadera / Injured your right or left hip	Si/No		
Se a lastimado o lesionodo el hombre / Injured your right or left shoulder	Si/No		
Se a lastimado o lesionodo la pierna / Injured your right or left leg	Si/No		
Se a lastimado o lesiono la rodilla / Injured your right or left knee	Si/No		
Se a lastimado o lesiono el tobillo / Injured your right or left ankle	Si/No		
Se a lastimado o lesionado el pie / Injured your right or left foot	Si/No		
¿Ha recibido la compensacion de trabajo? / Received worker's compensation	Si/No		
¿Ha recibido los beneficios por incapacidad? / Received disability benefits	Si/No		

¿Alguna vez ha tenido una resonancia magnetica? Si/No
 Undergone an MRI, CT Scan, Discogram or Myelogram for any part of your body?

¿Alguna vez has recibido una calificacion de la discapacidad de un medico debido a una lesion? Si/No
 Received a disability rating from a physician resulting from any injury to any part of your body?

¿Alguna vez ha sido limitado en la cantidad de peso que pueda levantar? Si/No
 Been limited in the amount of weight you can lift by a physician?

¿Alguna vez ha dado positive en un trabajo fisico o le haya sido negada debido a una enfermedad or lecion? Si/No
 Failed a physical or denied employment due to any injury or illness?

¿Esta tomando algun medicamento? Si/No
 Explique. _____
 Are your presently taking a prescriptive medication? List.

¿Aguna vez a tenido una enfermedad o reclamado? Si/No
 Have you EVER had an illness, injury, or claim arising out of your employment?

Por favor explique cualquier respuesta que puso que si. (Sirugias o lesiones) etc.
 Please fully describe any "yes" responses; (Back Surgery 1-26-94 injury on job etc.)

En este momento tiene alguna restriccion de trabajo de cualquier actividad o levantamiento. Explique. Si/No
 Are you currently unable to perform any activity or do you have any lifting restrictions?

Alguna vez se a lastimado y a requerido fultar a su trabajo. Si/No
 Have you ever had an injury which required you to miss time from work?

Si su respuesta es si de fecha, y el tiempo que falto.
 If yes, give dates, nature of claim, and outcome.

Advertencia: De conformidad con LSA-RS 23:1208.1, entiendo que el hecho de responder con veracidad todas las preguntas anteriores de este cuestionario médico puede resultar en la negación de cualquier derecho que yo o mis dependientes que los beneficios de compensación al trabajador, incluyendo los tratamientos médicos y gastos . He leído y entendido lo anterior.

(Inicial aquí) _____

Firma del empleado _____