

**QUESTIONARIO DE SALUD**

NOMBRE (Primer, Apellido)		FECHA de NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ES USTED
DOMICILIO (Numero, Calle)		NUMERO DE SEGURO SOCIAL		M F	S M W D
CIUDAD,ETADO, CODIGO POSTAL		NOMBRE DEL COMPANIA			

**CONTESTE TODAS LAS PREQTAS: SI SU RESPUESTA ES SI, REQUIERE EXPLICAR**

MARQUE CADA PREGUNTA	SI	NO	MARQUE CADA PREGUNTA	SI	NO
1. Alergias a comida a medicina? Cuales?			6. A tenido enfermedades o accidents serios? Explique?.		
2. Toma medicina recetada? Cual?			7. Alguna operacion/ hospitalizado? If so, describe below.		
3. Como parte de su trabajo a sido expuesto a quimicos toxicos??			8. Un medico le dicho que necesita una operacion? Explique?		
4. Problemas con la piel? Sensibilidad a quimicos?			9. Algun familiar tiene: (Marque) Cancer Diabetes Alta Presio Arthritis Problemas Mentales Tuberculosis Alergias o Asma Enfermedades del Corazon		
5. Fuma cigarrillos? Cuantos? _____ Toma alcohol? Cuantos? _____					

Explique su respuesta marcadas "SI":


**Antes de su lesión, ha tenido:**

MARQUE CADA PREGUNTA	SI	NO	MARQUE CADA PREGUNTA	SI	NO
1. Usa Lentes.			25. Problemas del corazon		
2. Lastimado los ojos, infecciones o dolor de ojos			26. Alta presion		
3. Vision dismimuida,ceguera or vision doble			27. Palpitacion/Latidos fuertes del corazon		
4. Le timbran los oidos, esta sordo, reventado los oldos			28. Pies o tobillos hinchados		
5. Dolor de oidos, infecciones o liquea los oidos			29. Dolor de cuello o espalda		
6. Perdida o aumento de peso repentino			30. Dolor de hombros o manos		
7. Debilidad, perdida del apetito repentino			31. Venas varicosas		
8. Problemas nerviosos/depresion			32. Cuerpo adormecido/Calambre de piemas frecuentes		
9. Cancer, tumores o quiste			33. Escupe o tose sangre		
10. Recation de la piel, alergias o ampollar			34. Indigestion frecuente/El uso de antiacidos frecuentes		
11. Dolor de cabeza frecuentes o severos			35. Ulceras		
12. Golpes de la cabeza			36. Diarrea, Estrenimineto frecuente o cambios en la digestion		
13. Convulsiones/ Epilesia			37. Sangrado rectal, almoranas o heces negras		
14. Problemas al dormir			38. Hernia		
15. Problemas siquiaticos			39. Piel o ojos amarillentos		
16. Huesos o coyonturas quebrados			40. Diabetes/Azucar elevada		
17. Arthritis/Reumatismo			41. Infeccion en la vejiga/ Piedras en el rinon		
18. Cambio de voz/ Voz ronca			42. Ardor/Dolor al Orinar/ Frecuencia al Orinar		
19. Problemas de la Dentadura/Encia			43. Anemia		
20. Frecuente dolor de garganta			44. Infecciones de la vagina o transmitidas sexualmente		
21. Tos cronica o frecuente			45. Azucar, proteina o sangre en la orina		
22. Asma o Silvido del Pecho			46. Dolor de cadera, rodillas o tobillos		
23. Falta de respiracion			47. Toma tiempo para cerrar sus heridas		
24. Tuberculosis/Ha vivido con alguien que tuviera tuberculosis			48. Se cansa al hacer el mas minino esfuerzo		

Explique su respuesta marcadas "SI":


Yo declaro que bajo la Ley de California la informacion de arriba es correcta y verdadera, al mejor de mi concocimient.

Reviewer

Firma del Paciente

Fecha