



M D MEDICAL CLINICS
Occupational Services

Richard E. Hughes, M.D.
Medical Director

1300 N. Kraemer Blvd. • Anaheim, CA 92806
(714) 630-6363 • Fax (714) 630-6318

NOMBRE: _____

FECHA: _____

A TENIDO HISTORIA DE:

- | | | |
|-----------------------------|--------|--------|
| 1. DOLOR DE ESPALDA | () Si | () No |
| 2. LASTIMADO LA ESPALDA | () Si | () No |
| 3. PROBLEMAS CON LA ESPALDA | () Si | () No |
| 4. PROBLEMAS CON DEL CUELLO | () Si | () No |
| 5. PROBLEMAS CON LA RODILLA | () Si | () No |

A TODOS LOS PRESPECTIVOS EMPLEADOS:

El examen fisico que ba a recibir de ninguna manera debe ser interpretado como examinacion completa. Este examen es para determinar su capacidad para ser empleado. Si usted pasa el examen, no necesariamente quiere decir que uste esta en buena salud. Usted debe obtener una examinacion completa con su Doctor Privado regularmente.

Yo entiendo que todos los resultados y evaluaciones para investigar no sera informacion confi- dencial medica por el Departamento Medico. Y los resultados pueden ser discutidos con la Administracion de la Compania.

NOMBRE DE SU DOCTOR FAMILIAR SI TIENE: _____

FECHA DE ULTIMA EXAMINACION: _____

SI HA COMPRENDIDO TODO LO ANTERIOR Y ESTA DE ACUERDO, POR FAVOR FIRME Y ANOTE LA FECHA DE HOY.

Fecha

Firme