Reading Hospital Occupational Health Services
MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

Fecha de hoy	Nombre (letra molde)
Fecha de nacimiento	Puesto de trabajo relacionado con la cita de hoy

¿Alguna vez ha tenido una herida o un golpe relacionado con el trabajo, la cual le obligó estar fuera del trabajo, o que no haya podido retener un empleo o por la cual haya tenido que rechazar un empleo, por razones medicas? ❑ Sí ❑ No Si respondió que si, por favor explique: _____

Por favor marque con ✔ en la columna de sí o no, y indique la cantidad, si la repuesta es sí.

Usted:	S	N	Si respondió que si, cuánto?
¿Usa tabaco?			
¿Bebe alcohol?			

¿Tiene usted alguna alergia, incluyendo a alimentos, medicamento o látex? ❑ Sí ❑ No Si respondió que sí, por favor describa:

_____

¿Toma usted algún medicamento? ❑ Sí ❑ No Si respondió que sí , por favor nombrar medicinas recetadas y las que no son recetadas, vitaminas, inhalantes, hierbas, y remedios alternativos:

_____

¿Se ha caído usted o ha perdido el equilibrio sin razón, o ha desarrollado un temor a caerse en el último mes? ❑ Sí ❑ No

¿Ha tenido usted una cirugía? ❑ Si ❑ No Si respondió que si, por favor nombrarlas con fechas: _____

_____

La violencia y el abuso son problemas crecientes en nuestra sociedad. Se siente usted seguro(a) en su casa? ❑ Sí ❑ No

Por favor marque con ✔ en la columna si es Sí o No ha cada pregunta. ¿Tiene usted o ha tenido los siguientes problemas medicos?

	Y	N		Y	N		Y	N
Alergias de temporada, alergia al polen			Enfermedad Hepática			Cambios del peso		
Heridas al ojo o desordenes de visión			Enfermedad de la Vesícula Biliar			Cambios de la vision		
Glaucoma or Cataratas			Ulceras			Dificultades para oir/Dolor de oido		
Bocio o problemas de la tiroides			Diabetes			Palpitaciones/Corazon que late muy fuerte		
Anemia o desordenes de sangre			Hernia			Dolor o Presión en el Pecho/Angina		
Ataque cardiaco, cirugía de corazón o stent			Enfermedad renal			Falta de respiración		
Soplo Cardíaco/Enfermedades Cardíacas/Insuficiencia Cardíaca			Golpes/Heridas a la espalda			Mareos o incidentes de desmayos		
Coágulos de sangre			Problemas en los pies			Tos o Flema		
Presión arterial muy alta			Artritis			Dolor Abdominal		
Derrame celebrar/Ataque de celebro			Síndrome de túnel de Carpio			Dolor conjunctal		
COPD/Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica/Enfisema			Tendonitis			Erupciones en la piel		
Neumonia			Gota			Adormecimiento/Hormigueo		
Tuberculosis o una prueba positiva de tuberculosis			Fracturas			Dolores de cabeza frecuentes		
Asma			Golpes o heridas a la cabeza			Ansiedad o Depresión		
Apnea Obstructiva del Sueno			Epilepsia/Convulsiones			Urticarias		
Enfermedades Rectales			Cancer			Sintomas de Alergias Temporeras		

Por favor, explique cualquier respuesta en que marco "Si": _____

A mi saber y entender, lo declarado anteriormente es correcto y comprendo que conformará parte de mi historial clínica.

_____ _____ / am/pm

Firma del empleado Fecha/Hora

_____ _____ / am/pm

Firma del proveedor de salud que revisa este documento Fecha/Hora