

# MEDICAL QUESTIONNAIRE

(To be completed after an offer of employment is extended.)

Name of employer \_\_\_\_\_

Name of employee \_\_\_\_\_

Employee's Social Security no. \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_

1. Do you now have, or have you ever had, any of the following?

<u>Yes</u>	<u>No</u>		<u>Yes</u>	<u>No</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsy (convulsions, seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Surgical or spontaneous fusion of a major weight-bearing joint (frozen joint)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (medication? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperinsulinism
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiac (heart) disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muscular dystrophy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meniscectomy (inflammation of cartilage of certain joints—e.g., knee)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombophlebitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputation of foot, leg, arm or hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herniated intervertebral disk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Total loss of sight of one or both eyes, or a partial loss of corrected vision of more than 75% bilaterally	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Surgical removal of an intervertebral disk, or spinal fusion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio (poliomyelitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Total deafness
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cerebral palsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	One or more back or neck injuries or a disease process of the back or neck, substantiated by a doctor's opinion and resulting in disability over a total of 120 or more days
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multiple sclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesity (30% overweight)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson's disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patellectomy (surgically removed kneecap)			_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ruptured cruciate ligament (knee ligament)			_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemophilia			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronic osteomyelitis (infection in bone)			

2. Have you previously received workers' compensation for an on-the-job injury?  Yes  No *If yes, please write why, when and where.\**

3. Have you ever received a disability rating or had one assigned to you by an insurance company or state/federal agency?  Yes  No  
*If yes, state percentage: \_\_\_\_\_%.*

4. Have you ever injured or sprained your back?  Yes  No *If yes, did you have surgery?*  Yes  No *If yes, please give details.\**

5. Have you ever injured or sprained your neck?  Yes  No *If yes, did you have surgery?*  Yes  No *If yes, please give details.\**

6. Have you ever injured or sprained a knee?  Yes  No *If yes, did you have surgery?*  Yes  No *If yes, please give details.\**

7. Have you ever had any other type of surgery not mentioned above?  Yes  No *If yes, please give details.\**

8. Do you have arthritis?  Yes  No *If yes, what parts of the body are affected?\** \_\_\_\_\_  
Are you on medication for arthritis?  Yes  No

*The information on this form shall not be used to discriminate against a qualified individual with a disability because of the existence of the disability in regard to the following: job application procedures; hiring, advancement or discharge of the employee; employee compensation; job training; and other terms, conditions and privileges of employment.*

*Under penalty of perjury, I declare that I have read the foregoing and that the facts alleged are true to the best of my knowledge and belief.*

Employee's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Employer's signature \_\_\_\_\_ Position \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO MÉDICO

(Para completarse después de recibir una oferta de empleo.)

Nombre del patrón \_\_\_\_\_

Nombre del empleado \_\_\_\_\_

Seguro Social del empleado # \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene Ud. ahora o ha tenido alguno de los siguientes?

<u>Sí</u>	<u>No</u>		<u>Sí</u>	<u>No</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia (convulsiones, ataques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteomielitis crónica (infección en el hueso)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (medicamento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fusión quirúrgica o espontánea de una coyuntura de soporte de peso mayor (coyuntura congelada)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca (corazón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiperinsulinismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meniscitis (inflamación del cartílago de ciertas coyunturas—p. ej.: rodilla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distrofia muscular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputación de un pie, pierna, brazo o mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tromboflebitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida total de uno o ambos ojos o pérdida parcial de visión corregida a más de 75% bilateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disco intervertebral herniado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poliomielitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extirpación quirúrgica de un disco intervertebral, o una fusión espinal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sordera total
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Una o más lesiones en la espalda o en cuello o un proceso degenerativo de la espalda o del cuello, corroborado por un doctor y resultando en incapacidad por un período total de 120 días o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesidad (30% de sobrepeso)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patectomía (extirpación quirúrgica de la patela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rotura del ligamento cruciforme (ligamento de la rodilla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

2. ¿Ha recibido Ud. anteriormente Compensación al Trabajador por haber sufrido una lesión en el trabajo?  Sí  No  
Si escogió Sí, por favor escriba el por qué, cuándo y dónde.\*

3. ¿Ha recibido una evaluación por incapacidad física o ha tenido alguna asignada a Ud. por una compañía de seguros o agencia estatal/federal?  Sí  No Si es así, indique el porcentaje: \_\_\_\_\_%.

4. ¿Se ha lesionado o dislocado su espalda?  Sí  No Si es así, ¿ha tenido cirugía?  Sí  No Dé detalles, por favor.\*

5. ¿Se ha lesionado o dislocado el cuello?  Sí  No Si es así, ¿ha tenido cirugía?  Sí  No Dé detalles, por favor.\*

6. ¿Se ha lesionado o dislocado una rodilla?  Sí  No Si es así, ¿ha tenido cirugía?  Sí  No Dé detalles, por favor.\*

7. ¿Ha tenido algún otro tipo de cirugía no aquí mencionada?  Sí  No Si es así, dé detalles, por favor.\*

8. ¿Tiene Ud. artritis?  Sí  No Si es así, ¿qué partes del cuerpo están afectadas?\* \_\_\_\_\_  
¿Está recibiendo medicamento para la artritis?  Sí  No

La información en este formulario no se usará para discriminar en contra de una persona cualificada que tenga algún impedimento físico debido al impedimento mismo, relacionado con lo siguiente: procedimientos para solicitar trabajo; oferta de empleo, ascenso o despido del empleado; compensación para el empleado; entrenamiento en el trabajo; y otros términos, condiciones y privilegios del trabajo.

Bajo pena de perjurio, declaro que he leído lo que antecede y que los hechos afirmados son verdaderos a mi leal saber y entender.

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del patrón \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_