



## Cuestionario de la Salud

16101 N. 82<sup>nd</sup> St., Ste A-8  
Scottsdale, AZ 85260  
Teléfono: (480) 323-1880  
Fax: (480) 905-1136

3501 N. Scottsdale Rd. Ste 231  
Scottsdale, AZ 85251  
Teléfono: (480) 882-4770  
Fax: (480) 882-4391

10200 N. 92<sup>nd</sup> St., Ste. 102  
Scottsdale, AZ 85260  
Teléfono: (480) 323-3818  
Fax: (480) 323-3238

9201 E. Mountain view Ste 120  
Scottsdale, AZ 85260  
Telefono (480) 323-4680  
Fax (480) 323-4688

La información que se obtiene por medio de este cuestionario de la salud y del examen de colocación es confidencial. Solamente la información que aplica al puesto de empleo solicitado será utilizada para asesorar su habilidad para desempeñar el trabajo. Se le dará una recomendación al empleador basada en esta información.

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial</b>	<b>Edad</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social</b>
<b>Domicilio</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Teléfono</b> (    )
<b>Proveedor de la salud personal - Nombre</b>		<b>Domicilio</b>			<b>Teléfono</b> (    )
<b>Información en caso de emergencia – Nombre y parentesco</b>		<b>Domicilio</b>			<b>Teléfono</b> (    )
<b>Información de empleo – Nombre de la compañía</b>		<b>Domicilio</b>			
<b>Departamento</b>	<b>Nombre del puesto</b>	<b>Nombre del Supervisor</b>		<b>Teléfono</b> (    )	

### Historial de Empleo

*Sí*    *No*

- ¿Ha tenido alguna enfermedad relacionada con el trabajo? Si responde sí, favor de explicar \_\_\_\_\_
- ¿Se ha lastimado en el trabajo? Si responde sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_
- ¿Ha prestado servicio militar? Si responde sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

### Exposición Ocupacional

*Sí*    *No*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asbesto             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ruido fuerte         |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Polvo               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disolventes/Químicos |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calor/Frío Extremo  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vapores/Gases        |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agentes infecciosos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vibración            |
- ¿Ha tenido reacciones adversas debidas a exposiciones? Si responde sí, favor de describir: \_\_\_\_\_
- ¿Siente que tiene problemas de la salud relacionados con su trabajo? Si responde sí, favor de describir: \_\_\_\_\_

### Historial Médico

*Sí*    *No*

- ¿Actualmente está tomando medicamentos? Si responde sí, favor de hacer una lista de los medicamentos y las condiciones del tratamiento:

<i>Medicamento</i>	<i>Condición</i>	<i>Medicamento</i>	<i>Condición</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- ¿Ha tenido alguna cirugía, herida o enfermedad por la cual tuvo que ir o ser internado en el hospital?:

<i>Fecha</i>	<i>Cirugía / herida / enfermedad</i>
_____	_____
_____	_____

- ¿Alguna vez ha tenido una reacción, alergia, y/o sensibilidad a alguna droga, comida, planta, animal, guantes de látex o cualquier otra sustancia? Si responde sí, favor de completar la lista siguiente:

<i>Medicamento/sustancia</i>	<i>Reacción</i>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial Médico (continuación)**

¿Ha tenido o actualmente tiene cualquiera de lo siguiente (marque todo lo que corresponda)? Si responde "sí", indique el año en que ocurrió. Explique la respuesta "sí" en la sección de comentarios.

Sí	No	Año	Sí	No	Año	Sí	No	Año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislocación frecuente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resfriados frecuentes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obstrucción de la nariz _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina frecuentemente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encías que sangran _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para oír _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desórdenes obstétricos o ginecológicos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pies o Tobillos dolorosos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión borrosa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor cuando orina _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio en los hábitos de evacuar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazada, fecha en que va a dar a luz: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor rectal _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comezón en la piel _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le timbran los oídos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón/dolor de las articulaciones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma severo en la cabeza _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor dental _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movilidad limitada del cuello _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de aliento _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renquea _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarpullido en la piel _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Supuración de los oídos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de equilibrio _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno del sueño _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bolas en el cuello _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de lengua _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión doble _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bolas en la piel _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escupe sangre _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de oídos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de memoria _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de sustancias _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre excesiva de la nariz _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraña _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ligamentos rotos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed excesiva _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración sibilante _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de ojos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea o vómitos _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos frecuente _____						

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Inmunizaciones**

Sí	No	Fecha	Sí	No	Fecha
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B (1,2,3,titer) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tétano _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examen de piel para Tuberculosis _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paperas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reacción al Examen de piel para Tuberculosis. Si responde "sí" favor de explicar _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéola _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro, describa: _____

Por medio del presente, certifico que la información que contiene en este cuestionario de la salud para empleo es verdadera y correcta. Cualquier omisión o falsificación de los datos puede ser base para terminación dependiendo de la póliza del empleador.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Notas del Proveedor:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_