

CUESTIONARIO DE SEGUNDA LESIÓN E INTERROGATORIO MÉDICO

(ESTE FORMULARIO SERÁ COMPLETADO SOLAMENTE DESPUÉS DE HABER REALIZADO LA OFERTA DE EMPLEO)

EL PROPÓSITO DE ESTE CUESTIONARIO ES PROVEER AL EMPLEADOR EL CONOCIMIENTO ACERCA DEL EMPLEADO –ESPECÍFICAMENTE ACERCA DE TODA CONDICIÓN O INCAPACIDAD PREEEXISTENTE QUE PUDIERA OTORGAR AL EMPLEADOR EL DERECHO DE UN REEMBOLSO POR PARTE DEL FONDO DE SEGUNDA LESIÓN (R.S. 23 1378) DE LOUISIANA. LA INFORMACIÓN QUE SE PROVEE NO SE UTILIZARÁ PARA DISCRIMINAR A NINGÚN INDIVIDUO CALIFICADO QUE TENGA UNA INCAPACIDAD DEBIDO A LA INCAPACIDAD DE DICHO INDIVIDUO CON RESPECTO A LOS PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUD DE EMPLEO O EL EMPLEO; LA CONTRATACIÓN, ANTICIPO O DESPIDO DEL EMPLEADO; COMPENSACIÓN DEL EMPLEADO; CAPACITACIÓN PARA EL EMPLEO; Y BAJO OTROS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PRIVILEGIOS DEL EMPLEO.

NOMBRE _____ SEXO _____ EDAD _____
Nº DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
DIRECCIÓN _____ CIU., EST., CÓD. POSTAL _____
Nº DE TELÉFONO _____ ESTADO CIVIL _____ Nº DE HIJOS _____
NOMBRE DEL MÉDICO DE FAMILIA _____ Nº DE TELÉFONO _____
FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO _____ MÉDICO _____
Nº. DE LIC. DE CONDUCIR _____ ESTADO _____ FECHA DE VENC. _____ TIPO DE LIC. _____

HISTORIA CLÍNICA PERSONAL

(Marque una X en el casillero apropiado. Complete los dos lados y firme al dorso.)

¿TIENE O TUVO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES: (Responda a cada ítem)

SÍ/ NO

- ___ ___ Epilepsia
- ___ ___ Diabetes
- ___ ___ Enfermedad Cardíaca
- ___ ___ Artritis
- ___ ___ Amputación de pie, pierna, brazo o mano o pérdida total del uso de los mismos
- ___ ___ Pérdida de la vista de uno o ambos ojos o pérdida parcial de visión no corregida
- ___ ___ Incapacidad residual por polio
- ___ ___ Parálisis Cerebral
- ___ ___ Esclerosis Múltiple
- ___ ___ Enfermedad de Parkinson
- ___ ___ Accidente Cerebrovascular (Síncope)
- ___ ___ Tuberculosis
- ___ ___ Silicosis (Enfermedad Crónica de los Pulmones)
- ___ ___ Incapacidad Psiconeurótica (Incapacidad Mental) luego de tratamiento
- ___ ___ Hemofilia (Hemorragias)
- ___ ___ Osteomielitis Crónica (Infección en los Huesos)
- ___ ___ Anquilosamiento de las Articulaciones (Articulaciones Rígidas)
- ___ ___ Hiperinsulinismo (demasiada insulina)
- ___ ___ Distrofia Muscular
- ___ ___ Arterioesclerosis (Endurecimiento de las Arterias)
- ___ ___ Tromboflebitis (Inflamación de las venas de las piernas)
- ___ ___ Venas Varicosas
- ___ ___ Intoxicación con metales pesados
- ___ ___ Lesión por Radiación Ionizante
- ___ ___ Secuelas por Aire Comprimido (Dolores por reducción de la presión)
- ___ ___ Ruptura de Discos Intervertebrales
- ___ ___ Enfermedad de Hodgkin
- ___ ___ Daño Cerebral
- ___ ___ Sordera
- ___ ___ Fusión medular o remoción quirúrgica de un disco intervertebral
- ___ ___ Retardo Mental
- ___ ___ Condición Anémica
- ___ ___ Asma
- ___ ___ Bronquitis
- ___ ___ Colapso Nervioso
- ___ ___ Hormigueo de una Parte del Cuerpo
- ___ ___ Tos Persistente
- ___ ___ Pleuresía
- ___ ___ Neumonía
- ___ ___ Reumatismo
- ___ ___ Trastornos de la Piel
- ___ ___ Dolor de Garganta
- ___ ___ Lesiones en la cabeza
- ___ ___ Problemas en las Rodillas
- ___ ___ Problemas en el Cuello
- ___ ___ Hombro, Codo o Rodilla Dislocados
- ___ ___ Articulación de Rodilla Trabada
- ___ ___ Vértigo

SÍ/ NO

- ___ ___ Temor a las Alturas o los Espacios Cerrados
- ___ ___ Dificultades en la audición
- ___ ___ Tintineos en los Oídos
- ___ ___ Hemorroides
- ___ ___ Hernia
- ___ ___ Perforación del tímpano
- ___ ___ Cáncer o Tumor
- ___ ___ Dolores en el Pecho
- ___ ___ Problemas de Oído
- ___ ___ Problemas en los Ojos
- ___ ___ Desmayos o Mareos
- ___ ___ Resfríos Frecuentes
- ___ ___ Hemorragia nasal frecuente
- ___ ___ Bocio (Tiroides)
- ___ ___ Fiebre del heno
- ___ ___ Dolores de Cabeza
- ___ ___ Hepatitis
- ___ ___ Presión arterial elevada
- ___ ___ Ronquera
- ___ ___ Ictericia
- ___ ___ Problemas Renales
- ___ ___ ¿Siente molestias en los pies cuando camina o está de pie durante períodos de tiempo largos?
- ___ ___ ¿Alguna vez se lesionó o tuvo problemas con la espalda?
- ___ ___ ¿Alguna vez visitó a un médico u otro profesional de la salud por una lesión o dolor en la espalda?
- ___ ___ ¿Alguna vez uso un aparato ortopédico o soporte en la espalda?
- ___ ___ ¿Alguna vez fue paciente de un hospital o clínica?
- ___ ___ ¿Alguna vez estuvo en un hospital por problemas nerviosos?
- ___ ___ ¿Alguna vez fue hospitalizado, tratado o recibió terapia por uso de alcohol, drogas u otras sustancias químicas?
- ___ ___ ¿Alguna vez le aconsejaron o considera tener una operación?
- ___ ___ ¿Tuvo alguna operación?
- ___ ___ ¿Su peso cambió en más de 15 libras en los últimos 2 años?
- ___ ___ ¿Alguna vez desarrolló una alergia o sensibilidad a sustancias químicas, polvo, luz solar u otros alérgenos?
- ___ ___ ¿Alguna vez tuvo alguna enfermedad, lesión o condición seria que no se mencionó antes?
- ___ ___ ¿Alguna vez lo rechazaron en un empleo a causa de su salud?
- ___ ___ ¿Alguna vez hizo un reclamo por beneficios de compensación del trabajador?
- ___ ___ ¿Alguna vez trabajó con sustancias radiactivas o estuvo expuesto a ellas?
- ___ ___ ¿Actualmente está tomando alguna medicación? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles?
- ___ ___ ¿En su conocimiento, usted es alérgico a algo?
___ ___ ¿(Penicilina, picaduras de abeja, etc.)?
- ___ ___ ¿Sufre actualmente de algún deterioro físico o mental que limitará sustancialmente su capacidad para realizar las funciones del empleo para el cual se postula? _____

