

Informacion medica

NOMBRE: _____

Historia de la presente enfermedad/lastimadura:

Procupacion principal: _____

Mecanismo de lastimadura? _____

Anteriormente a tenido tratamiento para esta lastimadura? No Si Que tipo de tratamiento? _____
 Sala de Emergencia Clinica de doctor

Tiene tiempo perdido en el trabajo? No Si Dias: _____ Ultimo dia que trabajo : _____

Otro recurso de empleo No Si Que tipo de empleo: _____

Deportes o Pasatiempos No Si Que tipo: _____

Alergias:

Ninguna alergias conocidas Alergias conocidas: Penicillin Sulfa Codeine
 Hydrocodone ASA Otro: _____

Medicinas:

Ninguna medicina actualmente
 Medicina para alta presion: _____ desconocido
 Medicina para Diabetes: _____ desconocido
 Medicina para Tiroides: _____ desconocido
 Otras medicinas: _____

Historia de Empleo:

Empleador: _____

Titulo de trabajo: _____

Cuanto tiene trabajando con la compania? 0-3mes. 3-6mes. 6-12 mes. 1-5anos 5-10anos mas de 10 yrs

Aproximadamente cuantas horas trabaja por semana? 11-20 21-30 31-40 mas de 40 horas

Caracteristicas del trabajo:

- Trabajo sentado
- estar parado/sentado por largos tiempos
- usar las manos o teclados de computadora
- Arrodillarse o agacharse
- Doblarse
- Subir escalones
- Manejando/trabajando maquinaria o instrumentos
- levantando/empujando/jalando 0-10 libras 11-25 libras ____ libras

Historia Medica

A tenido la injeccion del tetanos? Si No Quando? < 5 anos 5-10 anos > 10 anos no recuerdo

A tenido Gastritis? Si No Alta presion? Si No

A tenido Ulceras? Si No Enfermedad de rinones? Si No

A tenido Diabetes? Si No Desordenes psiquiatricos? Si No

Enfermedad de higado? Si No Obesidad? Si No

Enfermedad de pulmones? Si No A estado hospitalizado/a? Si No

Enfermedad de corazon? Si No Posiblemente esta embarazada? Si No

Si respondio si a cualquiere pregunta por favor explique: _____

Historia de Cirugia

A tenido cirugia antes? Si No

Si respondio si por favor explique: _____

Historia Social

Fuma? Actualmente Anteriormente Nunca

Paquetes por dia? 1/2 paquete Uno menos de uno

Anos fumando? 0 - 5 5 - 10 11 - 15 mas de 20anos

Cuanto tiene que dejo de fumar? menos de 1ano 1 -2anos 2-5anos mas de 5anos

Uso de Alcohol? Si No

Diario? Si No

Bebidas por dia? 0 - 2 3 - 4 5 - 10 mas de 10

Uso de drogas? Actualmente Anteriormente Nunca

Anos? 0 - 5 5 - 10 11 - 15 mas de 20

Cuanto tiene que dejo de usar droga? menos de 1 ano 1 -2anos 2 -5anos mas de 5anos

Idioma Primaria Ingles Espanol Otro

Education: Primaria o menos Secundaria Preparatoria

Colegio

Ejercicio: Que Actividad? _____

Frecuencia: Nunca 1-2dias por semana 3-4dias por semana 5-7dias por semana

Intensidad: Bajo Intermedio Alto

Tiempo: Menos de 30 minutos Mas de 30minutos