

CUESTIONARIO MEDICO POSTERIOR A LA CONTRATACION

¡Bienvenido a nuestra Compañía! El presente cuestionario tiene como exclusivo fin proporcionarnos información. El cuestionario no se utilizará como base para decidir si se le contrata o no.

Nombre: _____ Altura: _____ Peso: _____

No. de Seg. _____ Licencia para conducir: _____ Teléfono: _____
Soc.: _____

Instrucciones: Conteste SI o NO a las siguientes preguntas. Si contesta SI, indique la fecha aproximada del daño personal o tratamiento y proporcione detalles (médico, hospital, etc.) en el espacio que se facilita para detalles después de las últimas preguntas. Asegúrese de numerar sus respuestas si responde SI a más de una pregunta. No utilice marcas de comprobación. No se salte ninguna pregunta.

- | | |
|-----|---|
| 1. | ¿Ha sufrido alguna vez lesiones en la espalda? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 2. | ¿Ha tenido alguna vez algún disco intervertebral herniado en su espalda? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 3. | ¿Se ha llevado a cabo alguna vez alguna intervención quirúrgica en la espalda para eliminar un disco? _____
¿Cuándo? _____ |
| 4. | ¿Ha sufrido alguna vez lesiones en el cuello? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 5. | ¿Ha tenido alguna vez algún disco intervertebral herniado en su cuello? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 6. | ¿Se ha llevado a cabo alguna vez alguna intervención quirúrgica en el cuello para eliminar un disco? _____
¿Cuándo? _____ |
| 7. | ¿Ha sufrido alguna vez lesiones en la rodilla? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Qué rodilla? _____ |
| 9. | ¿Se ha llevado a cabo alguna vez alguna intervención quirúrgica en cualquiera de sus rodillas? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Qué rodilla? _____ |
| 10. | ¿Se ha llevado a cabo alguna vez alguna intervención quirúrgica en cualquiera de sus hombros? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Qué hombro? _____ |
| 11. | ¿Ha sufrido alguna vez lesiones en el codo? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Qué codo? _____ |
| 12. | ¿Se ha llevado a cabo alguna vez alguna intervención quirúrgica en cualquiera de sus codos? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Qué codo? _____ |
| 13. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez una amputación de su pie, pierna, brazo o mano? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 14. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez epilepsia? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 15. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez diabetes? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 16. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez enfermedades de corazón (problemas de corazón)? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 17. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez la enfermedad de Marie-Stumpell (Anklyosing spondylitis)? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 18. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez una pérdida total de visión en uno de los ojos o ambos, o una pérdida parcial de visión corregida superior al 75 por ciento bilateralmente? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 19. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez alguna incapacidad residual derivada de la poliomielitis? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 20. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez alguna parálisis cerebral? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 21. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez esclerosis múltiple? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 22. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez la enfermedad de Parkinson? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 23. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez algún trastorno vascular? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 24. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez alguna enfermedad psiconeurótica después de recibir tratamiento en una institución médica o mental reconocidas durante un período de tiempo superior a 6 meses? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 25. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez hemofilia? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 26. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez osteomielitis crónica? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 27. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez anquilosis de alguna articulación importante que soporte peso? _____ ¿Cuándo? _____ |
| 28. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez hiperinsulinismo? _____ ¿Cuándo? _____ |

(Por favor complete la parte posterior del presente cuestionario.)

29.	¿Sufre o ha sufrido alguna vez alguna distrofia muscular? _____ ¿Cuándo? _____
30.	¿Sufre o ha sufrido alguna vez tromboflebitis? _____ ¿Cuándo? _____
31.	¿Sufre o ha sufrido alguna vez alguna pérdida de la capacidad auditiva? _____ ¿Cuándo? _____
32.	¿Sufre o ha sufrido alguna vez algún retraso mental? _____ ¿Cuándo? _____
33.	¿Sufre o ha sufrido alguna vez algún problema físico o mental que, en su opinión, pueda ser permanente? _____ Describa brevemente el problema médico _____
34.	¿Es usted actualmente o ha sido alguna vez obeso (porcentaje igual o superior al 30% del peso corporal normal)? _____ ¿Cuándo? _____
35.	¿Tiene o ha tenido alguna vez fiebres reumáticas? _____ ¿Cuándo? _____
36.	¿Tiene o ha tenido alguna vez la presión de la sangre alta? _____ ¿Cuándo? _____
37.	¿Tiene o ha tenido alguna vez venas varicosas o úlceras en las piernas? _____ ¿Cuándo? _____
38.	¿Tiene o ha tenido alguna vez tuberculosis? _____ ¿Cuándo? _____
39.	¿Tiene o ha tenido alguna vez alergias o asma? _____ ¿Cuándo? _____
40.	¿Tiene o ha tenido alguna vez problemas en la piel? _____ ¿Cuándo? _____
41.	¿Sufre o ha sufrido alguna vez reacciones contra sueros o medicamentos? _____ ¿Cuándo? _____
42.	¿Tiene o ha tenido alguna vez problemas de riñón o vesícula? _____ ¿Cuándo? _____
43.	¿Tiene o ha tenido alguna vez úlceras? _____ ¿Cuándo? _____
44.	¿Sufre o ha sufrido alguna vez lesiones en la cabeza? _____ ¿Cuándo? _____
45.	¿Sufre o ha sufrido alguna vez algún tipo de cáncer? _____ ¿Cuándo? _____
46.	¿Tiene o ha tenido alguna vez artritis o reumatismo? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____
47.	¿Tiene o ha tenido alguna vez anemia de células falciformes? _____ ¿Cuándo? _____
48.	¿Tiene o ha tenido alguna vez hernias? _____ ¿Cuándo? _____ ¿En qué lado? _____
49.	¿Sufre o ha sufrido alguna vez el síndrome del "túnel carpiano" (problemas con los huesos carpianos de la muñeca)? _____ ¿Cuándo? _____ ¿En qué muñeca? _____
50.	¿Ha sufrido alguna vez alguna lesión, operación o incapacidad a la que no se haya hecho referencia en estas preguntas? _____ ¿Cuándo? _____
51.	¿Hay alguna pregunta que no entienda? _____ ¿Qué preguntas? _____

Espacio para Detalles:

Todas las declaraciones e información proporcionadas son correctas según mi leal saber y entender. Las declaraciones falsas relativas a problemas médicos o mentales preexistentes pueden invalidar sus beneficios de la cobertura de compensación de trabajadores.

Nombre del solicitante (en
letras de imprenta) _____

Nombre del solicitante
(firmado) _____

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR

Revisado por: _____ **Cargo:** _____ **Fecha:** _____