



## PRE-EMPLOYMENT MEDICAL HISTORY

Company / Position \_\_\_\_\_

Medications \_\_\_\_\_

Drug Allergies \_\_\_\_\_

Last Tetanus \_\_\_\_\_

Have you ever had or do you now have any of the following? (If yes, please describe below.)

	yes	no		yes	no
1. Anemia or blood disease			31. Back injury, ruptured disc		
2. Heart trouble, rheumatic fever or murmur			32. Arthritis, bursitis		
3. High blood pressure			33. Bone or joint disease		
4. Chest pain or angina			34. Sexually transmitted disease		
5. Shortness of breath			35. Recent weight gain or loss		
6. Frequent colds or persistent cough			36. Been denied employment for health reasons		
7. Diseases of the lungs, asthma			37. Been refused application for life insurance		
8. Allergy, hay fever			38. Filed an industrial claim		
9. Eye trouble			39. Had health problems from exposure to chemicals		
10. Deafness or ear trouble			40. Handicaps or limitations		
11. Major illness			41. Had problems from vibrating tools		
12. Operations			42. Out of work more than a week due to injury/illness		
13. Skin disease or rash			43. Been under the care of a doctor in the past year		
14. Varicose veins or leg sores			44. Taken medication for several months or years		
15. Cancer or tumors			45. Been on street drugs or methadone program		
16. Stomach or intestinal trouble			46. Are you now taking drugs or medication?		
17. Liver, gall bladder problems, jaundice			47. Do you smoke?		
18. Hemorrhoids, rectal bleeding			48. Packs per day _____		
19. Hernia			49. If no, have you ever smoked? Number of years? _____		
20. Diabetes			50. Do you drink alcoholic beverages?		
21. Thyroid problems			51. How many drinks per day _____ per week _____		
22. Sugar or albumin in urine			52. Were you ever a heavy drinker or member of AA?		
23. Kidney or bladder trouble			53. When?		
24. Frequent headaches or migraines			For women only:		
25. Dizziness, fainting spell, epilepsy, fits			54. Date of last PAP smear		
26. Mental illness or nervousness			55. Female disorders		
27. Paralysis, nerve disease or injury			56. Painful or irregular menstruation		
28. Severe injury			57. Date of last menstrual period		
29. Broken bones			58. No. of pregnancies _____		
30 Head injury			59. No. of children _____		

PLEASE EXPLAIN YES ANSWERS TO THE ABOVE QUESTIONS:

I certify that all answers are true and correct.

Applicant's Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



## HISTORIA MEDICA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Empresa / Posicion \_\_\_\_\_

Medicinas \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos \_\_\_\_\_

Ultima Vacuna para el tetanos \_\_\_\_\_

### Ha' tenido usted alguna de estas enfermedades?

	si	no		si	no
1.Anemia o enf. de la sangre			31.Lastimadura de la espalda o disco		
2.Enf. Cardiaca, fiebre rehumatica			32.Artritis, bursitis		
3.Hipertension			33.Enf.de los huesos o articulaciones		
4.Dolor de pecho o angina			34.Enf.transmitidas sexualmente		
5.Dificultad respiratoria			35.Aumento o perdida de peso reciente		
6.Enf.respiratorias frecuentes			36.Se le ha negado empleo por razones de salud?		
7.Enf.Pulmonares,asthma			37.Se le ha negad o aplicacion para seguro de vida?		
8.Alergias, fiebre del heno			38.Ha procedido en reclamo industrial?		
9.Enfermedades de los ojos			39.Enfermedades por exposicion quimica		
10.Sordera o enf. de los oidos			40.Discapacidades o limitaciones		
11.Enfermedades mayores			41.Problemas por el uso de herramientas vibrates		
12.Operaciones			42.Ha estado sin trabajar por mas de una semana por enfermedad o accidente?		
13.Enf. de la piel o salpullido			43.Ha estado bajo cuidado medico durante el ultimo ano?		
14.Venas varicosas o piernas dolorosas			44.tomando medicamentos por varios meses o anos?		
15.Cancer, tumores			45.Ha estado en drogas o programa de methadona?		
16.Enf.estomacales o intestinales			46.Ahora,esta ud.tomando drogas o medicamentos?		
17.Enf.del higado,utero,jaundice			47.Fuma?		
18.Hemorroides,sangrado rectal			48.Cuantas cajetillas por dia? _____		
19.Hernia			49.Si no, ha ud.fumado antes?cuantas anos? _____		
20.Diabetes			50.Toma bebidas alcoholicas?		
21.Problemas tiroideos			51.Cuantas copas al dia? _____		
22.Azucar o albumina en la orina			52.Fue ud. Bebedor o miembro de AA?		
23.Enf.renales o de vejiga			53.Cuando?		
24.Dolor de cabeza o migranas frecuentes			<b>PARA MUJERES SOLAMENTE</b>		
25.Mareos,desmayos,epilepsia, convulsiones			54.Fecha de ultimo papanicolau		
26.Enf.nerviosas o mentales			55.Enf.de las mujeres		
27.Paralisis o enf. de los nervios			56.Menstruaciones dolorosas o irregulares		
28.Lastimadura severa			57.Fecha de ultimo periodo menstrual		
29.Fracturas			58.Numero de embarazos _____		
30.Lastimadura en la cabeza			59 Numero de hijos _____		

**POR FAVOR EXPLIQUE CADA UNA DE LAS RESPUESTAS SI DEL CUESTIONARIO ANTERIOR:**

**Certifico que todas las respuestas son correctas.**

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**PRE-EMPLOYMENT MEDICAL HISTORY**

**Company / Position**

---

**Medications**

---

**Drug Allergies**

**Last Tetanus**

**Have you ever had or do you now have any of the following? (If yes, please describe below.)**

		yes	no			yes	no
	Anemia or blood disease			Back injury, ruptured disc			
1	<i>Amenia o enf. De la sangre</i>			Lastimadura de la espalda o disco			
	Heart trouble, rheumatic fever or murmur			Arthritis, bursitis			
2	<i>Enf. Cardiaca, fiebre rehumatica</i>			Bone or joint disease			
	High blood pressure			Enf.de los huesos o articulaciones			
3	<i>Hipertension</i>			Sexually transmitted disease			
	Chest pain or angina			Enf.transmitidas sexualmente			
4	<i>Dolor de pecho o angina</i>			Recent weight gain or loss			
	Shortness of breath			Aumento o perdida de peso reciente			
5	<i>Dificultad respiratoria</i>			Been denied employment for health reasons			
	Frequent colds or persistent cough			Se le ha negado empleo por razones de salud?			
6	<i>Enf.respiratorias frecuentes</i>			37. Been refused application for life insurance			
	Diseases of the lungs, asthma			38. Filed an industrial claim			
7	<i>Enf.Pulmonaares,asthma</i>			39. Had health problems from exposure to chemicals			
	Allergy, hay fever			40. Handicaps or limitations			
8	<i>Alergias,fiebre del heno</i>			41. Had problems from vibrating tools			
	Eye trouble			42. Out of work more than a week due to injury/illness			
9	<i>Enfermedades de los ojos</i>			43. Been under the care of a doctor in the past year			
	Deafness or ear trouble			44. Taken medication for several months or years			
10	<i>Sordera o enf. De los oidos</i>			45. Been on street drugs or methadone program			
	Major illness			46. Are you now taking drugs or medication?			
11	<i>Enfermedades mayores</i>			47. Do you smoke?			
	Operations			48. Packs per day _____			
12	<i>Operaciones</i>			49. If no, have you ever smoked?Number of years? ____			
	Skin disease or rash			50. Do you drink alcoholic beverages?			
13	<i>Enf.de la piel o salpullido</i>			51. How many drinks per day_____per week_____			
	Varicose veins or leg sores			52. Were you ever a heavy drinker or member of AA?			
14	<i>Venas varicosas o piernas dolorosas</i>			53. When?			
	Cancer or tumors			For women only:			
15	<i>Cancer,tumores</i>			54. Date of last PAP smear			
	Stomach or intestinal trouble			55. Female disorders			
16	<i>Enf.estomacales o intestinales</i>						
	Liver, gall bladder problems, jaundice						
17	<i>Enf.del higado,utero,jaundice</i>						
	Hemorrhoids, rectal bleeding						
18	<i>Hemorroides,sangrado rectal</i>						
	Hernia						
19							
20	Diabetes						
	Thyroid problems						
21	<i>Problemas tiroideos</i>						
	Sugar or albumin in urine						
22	<i>Azucar o albumina en la orina</i>						
	Kidney or bladder trouble						
23	<i>Enf.renales o de vejiga</i>						
	Frequent headaches or migraines						
24	<i>Dolor de cabeza o migranas frecuentes</i>						
	Dizziness, fainting spell, epilepsy, fits						
25	<i>Mareos,desmayos,epilepsia,convulsiones</i>						
	Mental illness or nervousness						
26	<i>Enf.nerviosas o mentales</i>						

27	Paralysis, nerve disease or injury Paralisis o enf. De los nervios				56. Painful or irregular menstruation		
28	Severe injury Lastimadura severa				57. Date of last menstrual period		
29	Broken bones Fracturas				58. No. of pregnancies_____		
30	Head injury Lastimadura en la cabeza				59. No. of children_____		

**PLEASE EXPLAIN YES ANSWERS TO THE ABOVE QUESTIONS:**

**I certify that all answers are true and correct.**

Applicant's Signature\_\_\_\_\_

Date\_\_\_\_\_

**PRE-EMPLOYMENT MEDICAL HISTORY / HISTORIA MEDICA PARA SOLICITUD DE EMPLEO**

**Company / Position**  
**Empresa / Posicion**

---

**Medications**  
**Medicinas**

---

**Drug Allergies** **Last Tetanus**  
**Alergias a medicamentos** **Ultima Vacuna para el tetanos**

**Have you ever had or do you now have any of the following? (Please describe on page 2)**  
**Ha' tenido usted alguna de estas enfermedades?**

	yes	no		si	no
1. Anemia or blood disease			1. Anemia o enf. de la sangre		
2. Heart trouble, rheumatic fever or murmur			2. Enf. Cardiaca, fiebre rehumatica		
3. High blood pressure			3. Alta precion		
4. Chest pain or angina			4. Dolor de pecho o angina		
5. Shortness of breath			5. Dificultad respiratoria		
6. Frequent colds or persistent cough			6. Enf.respiratorias frecuentes		
7. Diseases of the lungs, asthma			7. Enf.Pulmonares,asthma		
8. Allergy, hay fever			8. Alergias, fiebre del heno		
9. Eye trouble			9. Enfermedades de los ojos		
10. Deafness or ear trouble			10. Sordera o enf. de los oidos		
11. Major illness			11. Enfermedades mayores		
12. Surgeries			12. Cirujias		
13. Skin disease or rash			13. Enf. de la piel o salpullido		
14. Varicose veins or leg sores			14. Venas varicosas o piernas dolorosas		
15. Cancer or tumors			15. Cancer, tumores		
16. Stomach or intestinal trouble			16. Enf.estomacales o intestinales		
17. Liver, gallbladder problems, jaundice			17. Enf.del higado,vesicula, icterico		
18. Hemorrhoids, rectal bleeding			18. Hemorroides,sangrado rectal		
19. Hernia			19. Hernia		
20. Diabetes			20. Diabetes		
21. Thyroid problems			21. Problemas tiroideos		
22. Sugar or albumin in urine			22. Azucar o albumina en la orina		
23. Kidney or bladder trouble			23. Enf.renales o de vejiga		
24. Frequent headaches or migraines			24. Dolor de cabeza o migranas frecuentes		
25. Dizziness, fainting spell, epilepsy, fits			25. Mareos,desmayos,epilepsia, convulsiones		
26. Mental health, anxiety, depression			26. Enfermedad mental, anciedado, depresion		
27. Paralysis, nerve disease or injury			27. Paralisis o enf. de los nervios o lastimadura		
28. Severe injury			28. Lastimadura severa		
29. Broken bones			29. Fracturas		
30. Head injury			30. Lastimadura en la cabeza		
31. Back injury, ruptured disc			31. Lastimadura de la espalda o disco		
32. Arthritis, bursitis			32. Artritis, bursitis		
33. Bone or joint disease			33. Enf.de los huesos o articulaciones		
34. Sexually transmitted disease			34. Enf.transmitidas sexualmente		
35. Recent weight gain or loss			35. Aumento o perdida de peso reciente		
36. Been denied employment for health reasons			36. Se le ha negado empleo por razones de salud		
37. Been refused application for life insurance			37. Se le ha negado aplicacion para seguro de vida		

<b>Continued/Continua:</b>	Yes	No		si	No
38. Filed an industrial claim			38.Ha procedido en reclamo industrial		
39. Had health problems from exposure to chemicals			39.Enfermedades por exposicion quimica		
40. Handicaps or limitations			40.Discapacidades o limitaciones		
41. Had problems from vibrating tools			41.Problemas por el uso de herramientas vibrates		
42. Out of work more than a week due to injury/illness			42.Ha estado sin trabajar por mas de una semana por enfermedad o accidente?		
43. Been under the care of a doctor in the past year			43.Ha estado bajo cuidado medico durante el ultimo ano?		
44. Taken medication for several months or years			44.tomando medicamentos por varios meses o anos		
45. Been on street drugs or methadone program			45.Ha estado en drogas o programa de methadona		
46. Are you now taking drugs or medication?			46.Ahora,esta ud.tomando drogas o medicamentos		
47. Do you smoke?			47.Fuma?		
48. Packs per day _____			48.Cuantas cajetillas por dia? _____		
49. If no, have you ever smoked? Number of years? _____			49.Si no, ha ud.fumado antes?cuantas anos? _____		
50. Do you drink alcoholic beverages?			50.Toma bebidas alcoholicas?		
51. How many drinks per day _____ per week _____			51.Cuantas copas al dia _____		
52. Were you ever a heavy drinker or member of AA?			52.Fue ud. Bebedor o miembro de AA?		
53. When?			53.Cuando?		
<b>FOR WOMEN ONLY:</b>			<b>PARA MUJERES SOLAMENTE</b>		
54. Date of last PAP smear			54.Fecha de ultimo papanicolau		
55. Female disorders			55.Enf.de las mujeres		
56. Painful or irregular menstruation			56.Menstruaciones dolorosas o irregulares		
57. Date of last menstrual period			57.Fecha de ultimo periodo menstrual		
58. No. of pregnancies _____			58.Numero de embarazos _____		
59. No. of children _____			59 Numero de hijos _____		

**PLEASE EXPLAIN YES ANSWERS TO THE ABOVE QUESTIONS:**

***Si contesto si a cualquiera de estas preguntas por favor explique.***

**CONSENT:** I hereby certify that all of the above information is a true & complete history of my medical conditions, illnesses, operations, injuries & accidents. I hereby authorize this medical group to disclose to my present or prospective employer any information acquired in the physical exam. Falsification or withholding of information from this questionnaire may be cause for dismissal at any time during employment. I understand that the purpose of this examination is to determine my medical suitability only for the job position for which I am applying. The medical examination is only a part of the application/post offer process and it in itself does not decide whether or not I get this job. I further understand that my health is my personal responsibility and that I will consult my personal physician for any health problem now present or noted in the exam. I fully understand that this examination **is not** a diagnostic examination.

**Consentimiento:** Certifico que toda la informacion anterior es la historia completa y verdadera de mi estado de salud, enfermedades, operaciones, lastimaduras y accidentes. Por este medio autorizo a este centro medico para que revele , a mi actual o presuto patron, cualquier informacion obtenida en el examen fisico. Falsificar o retener informacion en este cuestionario puede ser motivo para terminar el empleo en cualquier momento. Entiendo que el proposito de este examen es el de determinar mi condicion de salud concerniente con el trabajo que estoy solicitando. El examen medico es una parte de la solicitud y por si solo no decide si obtengo o no este trabajo. Mas aun entiendo que mi salud es me responsibilidad personal y consultare con mi medico en caso de cualquier problema actual de salud o algun problema de salud encontrado en este examen. Totalmente extiendo que este examen **no es** un examen para hacer un diagnostico.

Applicant's Signature

Firma \_\_\_\_\_

Date/Fecha \_\_\_\_\_

**PRE-EMPLOYMENT MEDICAL HISTORY / HISTORIA MEDICA PARA SOLICITUD DE EMPLEO**

**Company / Position**  
**Empresa / Posicion**

---

**Medications**  
**Medicinas**

---

**Drug Allergies** **Last Tetanus**  
**Alergias a medicamentos** **Ultima Vacuna para el tetanos**

**Have you ever had or do you now have any of the following? (please describe on page 2)**  
**Ha' tenido usted alguna de estas enfermedades? (Por favor en la pagina 2)**

	yes	no		si	no
1. Anemia or blood disease			1. Anemia o enf. de la sangre		
2. Heart trouble, rheumatic fever or murmur			2. Enf. Cardiaca, fiebre rehumatica		
3. High blood pressure			3. Alta precion		
4. Chest pain or angina			4. Dolor de pecho o angina		
5. Shortness of breath			5. Dificultad respiratoria		
6. Frequent colds or persistent cough			6. Enf.respiratorias frecuentes		
7. Diseases of the lungs, asthma			7. Enf.Pulmonares,asthma		
8. Allergy, hay fever			8. Alergias, fiebre del heno		
9. Eye trouble			9. Enfermedades de los ojos		
10. Deafness or ear trouble			10. Sordera o enf. de los oidos		
11. Major illness			11. Enfermedades mayores		
12. Surgeries			12. Cirujias		
13. Skin disease or rash			13. Enf. de la piel o salpullido		
14. Varicose veins or leg sores			14. Venas varicosas o piernas dolorosas		
15. Cancer or tumors			15. Cancer, tumores		
16. Stomach or intestinal trouble			16. Enf.estomacales o intestinales		
17. Liver, gallbladder problems, jaundice			17. Enf.del higado,vesicula, icterico		
18. Hemorrhoids, rectal bleeding			18. Hemorroides,sangrado rectal		
19. Hernia			19. Hernia		
20. Diabetes			20. Diabetes		
21. Thyroid problems			21. Problemas tiroideos		
22. Sugar or albumin in urine			22. Azucar o albumina en la orina		
23. Kidney or bladder trouble			23. Enf.renales o de vejiga		
24. Frequent headaches or migraines			24. Dolor de cabeza o migranas frecuentes		
25. Dizziness, fainting spell, epilepsy, fits			25. Mareos,desmayos,epilepsia,convulsiones		
26. Mental health, anxiety, depression			26. Enfermedad mental, anciedado, depresion		
27. Paralysis, nerve disease or injury			27. Paralisis o enf. de los nervios o lastimadura		
28. Severe injury			28. Lastimadura severa		
29. Broken bones			29. Fracturas		
30. Head injury			30. Lastimadura en la cabeza		
31. Back injury, ruptured disc			31. Lastimadura de la espalda o disco		
32. Arthritis, bursitis			32. Artritis, bursitis		
33. Bone or joint disease			33. Enf.de los huesos o articulaciones		
34. Sexually transmitted disease			34. Enf.transmitidas sexualmente		
35. Recent weight gain or loss			35. Aumento o perdida de peso reciente		
36. Been denied employment for health reasons			36. Se le ha negado empleo por razones de salud		
37. Been refused application for life insurance			37. Se le ha negado aplicacion para seguro de vida		

<b>Continued/Continua:</b>	Yes	No		si	No
38. Filed an industrial claim			38.Ha procedido en reclamo industrial		
39. Had health problems from exposure to chemicals			39.Enfermedades por exposicion quimica		
40. Handicaps or limitations			40.Discapacidades o limitaciones		
41. Had problems from vibrating tools			41.Problemas por el uso de herramientas vibrates		
42. Out of work more than a week due to injury/illness			42.Ha estado sin trabajar por mas de una semana por enfermedad o accidente?		
43. Been under the care of a doctor in the past year			43.Ha estado bajo cuidado medico durante el ultimo ano?		
44. Taken medication for several months or years			44.tomando medicamentos por varios meses o anos		
45. Been on street drugs or methadone program			45.Ha estado en drogas o programa de methadona		
46. Are you now taking drugs or medication?			46.Ahora,esta ud.tomando drogas o medicamentos		
47. Do you smoke?			47.Fuma?		
48. Packs per day_____			48.Cuantas cajetillas por dia?_____		
49. If no, have you ever smoked? Number of years?_____			49.Si no, ha ud.fumado antes?cuantas anos?_____		
50. Do you drink alcoholic beverages?			50.Toma bebidas alcoholicas?		
51. How many drinks per day____per week_____			51.Cuantas copas al dia_____		
52. Were you ever a heavy drinker or member of AA?			52.Fue ud. Bebedor o miembro de AA?		
53. When?			53.Cuando?		
<b>FOR WOMEN ONLY:</b>			<b>PARA MUJERES SOLAMENTE</b>		
54. Date of last PAP smear			54.Fecha de ultimo papanicolau		
55. Female disorders			55.Enf.de las mujeres		
56. Painful or irregular menstruation			56.Menstruaciones dolorosas o irregulares		
57. Date of last menstrual period			57.Fecha de ultimo periodo menstrual		
58. No. of pregnancies_____			58.Numero de embarazos_____		
59. No. of children_____			59 Numero de hijos_____		

**PLEASE EXPLAIN YES ANSWERS TO THE ABOVE QUESTIONS:**  
**Si contesto si a cualquiera de estas preguntas por favor explique.**

**CONSENT:** I hereby certify that all of the above information is a true & complete history of my medical conditions, illnesses, operations, injuries & accidents. I hereby authorize this medical group to disclose to my present or prospective employer any information acquired in the physical exam. Falsification or withholding of information from this questionnaire may be cause for dismissal at any time during employment. I understand that the purpose of this examination is to determine my medical suitability only for the job position for which I am applying. The medical examination is only a part of the application/post offer process and it in itself does not decide whether or not I get this job. I further understand that my health is my personal responsibility and that I will consult my personal physician for any health problem now present or noted in the exam. I fully understand that this examination **is not** a diagnostic examination.

**Consentimiento:** Certifico que toda la informacion anterior es la historia completa y verdadera de mi estado de salud, enfermedades, operaciones, lastimaduras y accidentes. Por este medio autorizo a este centro medico para que revele , a mi actual o presunto patron, cualquier informacion obtenida en el examen fisico. Falsificar o retener informacion en este cuestionario puede ser motivo para terminar el empleo en cualquier momento. Entiendo que el proposito de este examen es el de determinar mi condicion de salud concierne con el trabajo que estoy solicitando. El examen medico es una parte de la solicitud y por si solo no decide si obtengo o no este trabajo. Mas aun entiendo que mi salud es me responsabilidad personal y consultare con mi medico en caso de cualquier problema actual de salud o algun problema de salud encontrado en este examen. Totalmente extiendo que este examen **no es** un examen para hacer un diagnostico.

Applicant's Signature  
 Firma \_\_\_\_\_

Date/Fecha \_\_\_\_\_