

Original Date:	
Dates Revised:	

POR FAVOR IMPRESIÓN (PLEASE PRINT)			
Nombre pasado (last name):	Sexo (sex):	☐ M ☐ F	SSN#:
Nombre (first name):			
Dirección (address):			
Ciudad (city):	St:	Cierre relámpago (zip):	
Teléfono casero (Home Telephone): ()	Cell: ()		
Edad (age):	Fecha de nacimiento (DOB):		
Pertenencia étnica (ethnicity):	Estado civil (marital status): ☐ S ☐ M ☐ W ☐ D		
Compañía (company):	Título (title):		

Consentimiento para los servicios (Consent for Services)

Consiento por este medio a la evaluación médica y/o el tratamiento me proporcionó por el personal del HEALTHremède.
(I hereby consent to medical evaluation and/or treatment provided to me by the staff of HEALTHremède.)

Autorizo el HEALTHremède para divulgar a mi patrón y/o su portador de seguro señalado cualquier información referente a mi condición incluyendo la historia y físico, todos los informes del laboratorio y todos los informes de la radiografía.
(I authorize HEALTHremède to disclose to my employer and/or its designated insurance carrier any information concerning my condition including the history and physical, all laboratory reports, and all x-ray reports.)

Lanzo por este medio el HEALTHremède y de sus empleados de cualquier responsabilidad que se presenta de tal acceso.
(I hereby release HEALTHremède and its employees from any liability arising from such disclosure.)

Firma: _____ Fecha: _____
(Signature) (Date)

Consentimiento para la pantalla de la droga y prueba del alcohol

(Consent for drug screen and/or alcohol testing)

Consiento por este medio proporcionar una muestra de la orina, muestra de la respiración, muestra de la saliva, y/o muestra del pelo con el fin de realizar la prueba necesaria por un laboratorio elegido por mi patrón/patrón potencial, para determinar la presencia y/o nivel de droga y alcohol en mi cuerpo.

(I hereby consent to provide a urine sample, breath sample, saliva sample, and/or hair sample for the purpose of performing any testing necessary by a laboratory chosen by my employer/potential employer, to determine the presence and/or level of drugs and/or alcohol in my body)

Más lejos doy a HEALTHremède mi consentimiento al lanzamiento a los representantes apropiados de la compañía del _____ (de la compañía) los resultados de mi droga y/o prueba del alcohol. Entiendo que estos resultados se pueden utilizar para determinar cualquier aptitud o empleo continuado con esta compañía.

(I further give HEALTHremède my consent to release to the proper company representative of (Company) _____ the results of my drug and/or alcohol testing. I understand that these results may be used to determine any fitness or continued employment with this company.)

Firma: _____ Fecha: _____
(Signature) (Date)

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)

ORDENADO CERCA (ORDERED BY): _____

COMPAÑIA (COMPANY): _____

Nombre (<i>first name</i>):		SSN#:
Fecha de nacimiento (<i>DOB</i>):	Compañia (<i>company</i>):	Título del trabajo:

I. HISTORIAL MÉDICO: IMPRIMA y conteste por favor a cada pregunta

A. Tiene usted tenia siompre (*Have you ever had*):

1. Cáncer (Cancer)	☐ SI	☐ NO
2. Alergias (Allergies)	☐ SI	☐ NO
3. Fiebre del heno (hay fever)	☐ SI	☐ NO
4. Colmenas (Hives)	☐ SI	☐ NO
5. Visión pobre (Poor vision)	☐ SI	☐ NO
6. Glaucoma (Glaucoma)	☐ SI	☐ NO
7. Dientes falsos (False teeth)	☐ SI	☐ NO
8. Rinitis (Rhinitis)	☐ SI	☐ NO
9. Hueso Quebrado (Broken bone)	☐ SI	☐ NO
10. Diabetes (Diabetes)	☐ SI	☐ NO
11. Apuro de la tiroides (Thyroid trouble)	☐ SI	☐ NO
12. Esquizofrenia (Schizophrenia)	☐ SI	☐ NO
13. Deoresión (Depression)	☐ SI	☐ NO
14. Desorden bipolar (Bipolar disorder)	☐ SI	☐ NO
15. Ataques de ansiedad (Anxiety attacks)	☐ SI	☐ NO
16. Dermatitis atópico Atopic dermatitis)	☐ SI	☐ NO
17. Psoriasis	☐ SI	☐ NO
18. Infección fungicida (Fungal infection)	☐ SI	☐ NO
19. Infección de la levadura (Yeast Infection)	☐ SI	☐ NO
20. Tuberculosis (Turberculosis)	☐ SI	☐ NO
21. Bronquitis crónica (Chronic bronchitis)	☐ SI	☐ NO
22. Asma (Asthma)	☐ SI	☐ NO
23. Enfisema (Emphysema)	☐ SI	☐ NO
24. Tensión arterial alta (High blood pressure)	☐ SI	☐ NO
25. Murmullos del corazón (Heart murmur)	☐ SI	☐ NO
26. Hepatitis	☐ SI	☐ NO
27. Úlcera péptica (Peptic ulcer)	☐ SI	☐ NO
28. Colitis	☐ SI	☐ NO
29. Hemorrhoids	☐ SI	☐ NO
30. Hernía (Hernia)	☐ SI	☐ NO
31. Artritis (Arthritis)	☐ SI	☐ NO
32. Enfermodad parncreatic (Pancreatic)	☐ SI	☐ NO
33. Disco roto (Ruptured disc)	☐ SI	☐ NO
34. Apuro trasero (Back trouble)	☐ SI	☐ NO
35. Apuro del riñón (Kidney trouble)	☐ SI	☐ NO
36. Apuro de la vejiga (Bladder trouble)	☐ SI	☐ NO

37. Apuro de la prostat (Prostate trouble)	☐ SI	☐ NO
38. Dolores de caneca de la jaqueca (Mha)	☐ SI	☐ NO
39. Epilepsia (Epilepsy)	☐ SI	☐ NO
40. Movimiento (Stroke)	☐ SI	☐ NO
41. Enfermedad de movimiento (Motion Sickness)	☐ SI	☐ NO
42. Enfermedad del mar (Sea Sickness)	☐ SI	☐ NO
43. La otra enfermedad (Other illness)	☐ SI	☐ NO
B. Hágale Tienen actualmente (<i>Do you presently have</i>):		
1. Fiebre (Fever)	☐ SI	☐ NO
2. Neumático fácilmente (tire easily)	☐ SI	☐ NO
3. Pérdida del peso (weight loss)	☐ SI	☐ NO
4. El limpiar con un chorro de agua (flush)	☐ SI	☐ NO
5. Infecciones frecuentes (frequent infect)	☐ SI	☐ NO
6. Carganta dolorida (sore throat)	☐ SI	☐ NO
7. Nariz que monques (runny nose)	☐ SI	☐ NO
8. Headedness ligero (light headedness)	☐ SI	☐ NO
9. El hincharse alrededor de ojos (swollen eyes)	☐ SI	☐ NO
10. Apuro del ojo (eye problems)	☐ SI	☐ NO
11. Bolsos debajo de ojos (bags under eyes)	☐ SI	☐ NO
12. Dolores de cabeza frecuentes (freq ha)	☐ SI	☐ NO
13. Entumecimiento (numbness)	☐ SI	☐ NO
14. El zumbar dondequiera (tingling)	☐ SI	☐ NO
15. Ajustes Asimientos (fits/seizures)	☐ SI	☐ NO
16. Temblores (tremors)	☐ SI	☐ NO
17. Vértigos (dizziness)	☐ SI	☐ NO
18. Consiga enojado fácilmente (easily anger)	☐ SI	☐ NO
19. Nerviosismo (nervousness)	☐ SI	☐ NO
20. Depresión (depression)	☐ SI	☐ NO
21. Erupción (rash)	☐ SI	☐ NO
22. El picar (itching)	☐ SI	☐ NO
23. Dolores de la piel (skin sores)	☐ SI	☐ NO
24. Tos productiva (productive cough)	☐ SI	☐ NO
25. Seque la tos (dry cough)	☐ SI	☐ NO
26. Dolor de pecho (chest pain)	☐ SI	☐ NO
27. Wheezing (wheezing)	☐ SI	☐ NO
28. Shortness de la respiración (shortness of breath)	☐ SI	☐ NO
29. Despierte el SOLLOZO (wake up shortness of breath)	☐ SI	☐ NO
30. Náusea y el vomitar (nausea & vomiting)	☐ SI	☐ NO
31. Taburetes flojos (loose stools)	☐ SI	☐ NO
32. Ojos amarillos (yellow eyes)	☐ SI	☐ NO
33. Dolor abdominal (abdominal pain)	☐ SI	☐ NO
34. Sangre en taburete (blood in stool)	☐ SI	☐ NO
35. Orina oscura (dark urine)	☐ SI	☐ NO
36. El quemarse en el urination (burn sensation when urinating)	☐ SI	☐ NO
37. Despierte al urinate (wake up to urinate)	☐ SI	☐ NO
38. Dolor de la pierna de caminar (leg pain walking)	☐ SI	☐ NO
39. Débil en brazospiernas (weak arms/legs)	☐ SI	☐ NO

40. Dolor de espalda (back pain)	☐ SI	☐ NO
41. Tiesura común (joint stiffness)	☐ SI	☐ NO
42. Tiesura común (joint stiffness)	☐ SI	☐ NO

☐ SI	☐ NO	A. Usted ha tenido siempre lesiones o apuro de espalda con su de espalda? (Have you ever had any low back injuries or trouble with your low back?)
En caso affirmative explique (if yes explain):		
☐ SI	☐ NO	B. Usted ha tenido siempre otra lesión importante? (Have you ever had any other major injury?)
En caso affirmative explique (if yes explain):		
☐ SI	☐ NO	C. Usted toma la medicación rutinaria? Prescripción o excedente el contador? Si sí, lista: (Do you take routine medication? Prescription or over the counter? If yes, list)
En caso affirmative explique (if yes explain):		
☐ SI	☐ NO	D. Es usted alérgico a medicación? Si sí, lista: (Are you allergic to any medication? If yes, list)
En caso affirmative explique (if yes explain):		
☐ SI	☐ NO	E. Usted ha tenido siernpre cirugía? Si sí, lista: (Have you ever had surgery? If yes, list)
En caso affirmative explique (if yes explain):		
☐ SI	☐ NO	F. Por favor déle a año aproximado ese recibió por último una inyección del tétanos? (Please give the approximate year that you last received a tetanus injection)
En caso affirmative explique (if yes explain):		

II. HISTORIA SOCIAL (SOCIAL HISTORY)

A. Usted utiliza productos del tabaco? Si sí, qué tipo y cuánto? (Do you use tobacco products? If yes, what type and how much?)	☐ SI	☐ NO
B. Usted bebe el alcohol? Si sí, cuánto por semana? (Do you drink alcohol? If yes, how much per week?)	☐ SI	☐ NO

III. HISTORIA OCCUPACIONAL (OCCUPATIONAL HISTORY)

A. Cual es ocupación generalmente comercio? (What is your usual occupation/trade?)
B. Cuántas nbras eran usted reuirieron para levantar en su trabajo pasado? (How many pounds were you required to life on your last job?)
C. Es usted capaz con frecuencia de levanta 100 libras? Si NO, cuánto puede usted levantar? (Are you capable of frequently lifting 100 pounds? If NO, how much can you lift?)

D. Usted ha tenido siempre lesión o enfermedad resultante de su empleo?

(Have you ever had any injury or illness arising out of your employment?)

AVISO: SU FALTA DE CONTESTAR VERAZMENTE A CUALQUIER PREGUNTA SOBRE LESIONES ANTERIORES, Las INHABILIDADES U OTRAS CONDICIONES MÉDICAS PUEDE DAR LUGAR a la PÉRDIDA de las VENTAJAS de la REMUNERACIÓN del TRABAJADOR DEBAJO de LSA R.S. 23:1208:1.

(NOTICE: YOUR FAILURE TO ANSWER TRUTHFULLY ANY QUESTIONS ABOUT PREVIOUS INJURIES, DISABILITIES OR OTHER MEDICAL CONDITIONS MAY RESULT IN FORFEITURE OF WORKER'S COMPENSATION BENEFITS UNDER LSA R.S. 23:1208:1.)

Reconozco que he contestado a todas las preguntas verazmente y he leído y he entendido el AVISO antedicho. _____ (iniciales)

(I acknowledge that I have answered all questions truthfully and I have read and understood the above NOTICE)