

**HEALTH QUESTIONNAIRE (QUESTIONARIO DE SALUD) Please Print (Por favor Impresión)**

Name \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Numero de Suguro Social \_\_\_\_\_

Last First Middle Initial  
 Apellido 1<sup>st</sup> Nombre Inicial

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Height \_\_\_\_ ft \_\_\_\_ in Weight \_\_\_\_ lbs Phone # \_\_\_\_\_

**PREVIOUS EMPLOYER (EMPLEADOR ANTERIOR):** \_\_\_\_\_

Do you have or have you ever had any of the following? (Please check EACH of the following Yes or No. Any Yes answer must be fully explained below.) Answer ALL questions. *Tiene o ha tenido las siguientes? (Conteste Si o No. Las respuestas Si deben ser explicadas completamente abajo.) Conteste a TODAS las preguntas.*

	Yes(sí)	No		Yes(sí)	No
Epilepsy <i>Epilepsia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric or Psychological Treatment or Evaluation <i>Tratamiento o Evaluación Siquiatrica o Sicologica</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Sugar problems) <i>Diabetis (Problemas de Azúcar)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemophilia or other blood disease <i>Hemofilia o Otra Enfermedad de la Sangre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiac (Heart) Disease <i>Enfermedad Cardiaca (Corazón)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteomyelitis <i>Osteomelitis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marie Strumpell Disease <i>Mál de Marie Strumpell</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stiff Joints <i>Problemas en las Articulaciones</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any Loss of Vision <i>Perdida de Vista</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoglycemia (Sugar Problems) <i>Hipoglicemia (Problemas de Azúcar)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio <i>Polio</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muscular Dystrophy <i>Distrofia Muscular</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any Amputation <i>Aiguna Amputación</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombophebitis <i>Tromboflebitis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerebral Palsy <i>Paralisis Cerebral</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herniated Intervertebral Disc <i>Hernia en los Discos Vertebrales</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sclerosis <i>Esclerosis Multiple</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Back Surgery <i>Cirugla de la Espalda</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson's Disease <i>Mál de Parkinson</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergias <i>Alergias</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vascular (Circulation) Disorder <i>Problemas Circulatorios</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis <i>Arthritis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Have you ever received treatment for a back, neck, or knee condition or head injury? Yes (Si)  No  If yes give details  
*Ha recibido usted tratamiento por algún problema en las espalda, cuello o rodilla o golpe a la cabeza?*

Do you now or have you ever suffered from aches or pains of the back? Yes (Si)  No  If yes give details  
*Padece usted o ha padecido de dolores en la espalda?*

Have you ever had any surgery? *Ha tenido alguna vez cualquier tipo de cirugia?* Yes (Si)  No  If yes give details

Do you now or have you ever had any physical disabilities impairments or handicaps? Yes (Si)  No  If yes give details  
*Tiene usted o ha tenido impedimentos fisicos o mentales?*

Have you ever had a workers' compensation injury? *Ha tenido usted alguna vez accidentes de trabajo?* Yes (Si)  No  If yes give details

---

Have you ever received a disability rating for any reason?  
*Ha sido usted alguna vez clasificado como deshabilitado?* Yes (Si)  No  If yes give details

---

Have you ever received compensation or medical benefits under workers' compensation?  
*Ha recibido usted compensación o beneficios médicos por accidentes de trabajo?* Yes (Si)  No  If yes give details

---

Do you smoke (Fumas)? Yes (Si)  No  If yes give details How much (Cuánto)?

---

Do you have a sensitivity to dust? *Tienes un sensibilidad al polvo?* Yes (Si)  No  If yes give details

---

Do you have any other medical condition that could impair your ability to perform the job offered?  
*¿Tiene cualquier otra condición médica que podría afectar su capacidad para realizar el trabajo ofrecido?* Yes (Si)  No  If yes give details

---

Do you have any questions about the completion of this form.  
*Usted tiene cualquier pregunta sobre la terminación de esta forma.* Yes (Si)  No  If yes give details

---

---

I have been fully advised that if I am injured on the job, regardless of how minor the injury may seem, I am to report that injury immediately to my supervisor.  
*Yo he sido totalmente instruido que si yo sufro algún accidente in el trabajo debo reportarlo inmediatamente a mi supervisor, aún cuando al accidente aparezca ser pequeño.* Yes (Si)  No (No)

I certify the above answers to be true and correct. I understand that any false or misleading answers to these questions may be sufficient reason for the denial of workers' compensation benefits and a basis for termination. Also, making false or misleading statements for the purpose of obtaining workers' compensation benefits can be punishable by fines and or a prison sentence.

*Certifico las respuestas antedichas para estar verdad y correcto. Entiendo que cualquier respuesta falsa o de engaño a estas preguntas puede ser suficiente razón de la negación de las ventajas de la remuneración de los trabajadores y de una base para la terminación. También, la fabricación de declaraciones falsas o engañosas con el fin de obtener las ventajas de la remuneración de los trabajadores puede ser castigable por multas y o una oración de la prisión.*

Applicant's Signature  
*Firma del Apicante* \_\_\_\_\_

Date  
*Fecha* \_\_\_\_\_

Witness  
*Testigo* \_\_\_\_\_

Date  
*Fecha* \_\_\_\_\_

**NOTE:** If applicant is unable to read and write, he is to make his mark in the place for his signature. The witness is to certify that he has read the above requested information to the applicant and that the answers are those of the applicant. Signin the space for witness to certify. Si el aplicante no sabe leer y escribir, debe pones su marca en el espacio de la firma. El tésigo debe certificar que ha leído la información del documento al aplicante y que las preguntas han sido contestades poreste. Firme en el espacio deltestigo.

**Current employment practices should be reviewed by employers and/or their corporate attorneys, for compliance with the American with Disabilities Act (ADA), and other state and federal laws governing employment rules and regulations.**