

MEDICAL HISTORY

NOMBRE _____	SEG. SOCIAL _____ - _____ - _____	FECHA _____
NOMBRE DE EMPLEO _____	JOB _____	FECHA DE NACIMIENTO _____

RESPIRATORIO Tech's initials _____ (for office use only)

Tiene o ha tenido cualquier de lo seguido:			_____ Asma
_____ Enfisema	_____ problemas de los pulmones	_____ Dolor de pecho	
_____ Dificultad respirando	_____ Problemas usando un respirador	_____ Problemas del corazon	
_____ Tos cronica	_____ Fuma usted? Cuantos(al dia)	_____ Alta presion	
_____ Claustrofobia	_____ Cirugia reciente(Si acaso, comenta abajo)	_____ Dolor de espalda	
_____ Ninguno	COMENTARIOS: _____		

VITALS [FOR OFFICE USE ONLY] Ht. _____ Wt. _____ B.P. _____ Tech _____

AUDIO Tech's initials _____ (for office use only)

Tiene o ha tenido cualquier de lo seguido			
_____ Ha visto un especialista de oidos	_____ Perdida de audicion	_____ Dificultad en oir	
_____ Infeccion de oido, frecuente o severo	_____ Drenaje, dolor o presion de los oidos	_____ Herida de cabeza	
_____ Le timbran o zumban los oidos	_____ Le han remendado o hecho cirugia de los oidos		
_____ Problemas con balance o mareos	_____ Cercas de balazos o ruidos altos en el militar		
_____ Es piloto o buzo	_____ Cercas de ruidos altos en las ultimas 14 horas		
_____ Tiene actividades o aficion ruidosas, equipo pesado, sierra de cadena, musica en alta voz, etc.			
_____ En el pasado, ha tomado medicinas regularmente		_____ Usa proteccion de oir	
_____ Ninguno	COMENTARIOS: _____		

MEDICO

Ha tenido una herida o enfermedad relatado a su trabajo? _____ Si _____ No
Si acaso _____

Ha tenido molestias de la espalda? _____ Si _____ No
Si acaso _____

Ha tenido operaciones, accidentes, fracturas de hueso, o enfermedades medicas?
Si acaso _____

Esta tomando medicinas a este tiempo? _____ Si _____ No
Si acaso _____

<hr/>
