

CENTRO REGIONAL de la MEDICINA OCUPACIONAL del GOLFO

Baton Rouge:

8742 Goodwood Blvd.
Baton Rouge, LA 70805
Phone #: 225-231-7070
Fax #: 225-231-7069

Abbeville:

121 East St. Victor St.
Abbeville, LA 7051
Phone #: 337-893-0810
Fax #: 337-893-0890

POR FAVOR IMPRESIÓN (PLEASE PRINT)

Nombre pasado: _____ Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
(Last Name) (First Name) (Age) (Sex)

Dirección: _____ Ciudad: _____ St: _____ Cierre relámpago: _____
(Address) (City) (St) (Zip Code)

Fecha de nacimiento: _____ SNN _____ Pertenencia étnica: _____ Estado civil: S M W D
(Date of birth) (SNN) (Ethnicity) (Marital Status)

Teléfono casero: () _____ - _____ Compañía: _____ Título: _____
(Home Phone) (Company) (Title)

Consentimiento para los servicios (Consent for Services)

Consiento por este medio a la evaluación médica yo el tratamiento me proporcionó por el personal del CENTRO REGIONAL de la MEDICINA OCUPACIONAL del GOLFO.

(I hereby consent to medical evaluation and/or treatment provided to me by the staff of Gulf Regional Occupational Medicine Center.)

Autorizo el CENTRO REGIONAL de la MEDICINA OCUPACIONAL del GOLFO para divulgar a mi patrón yo 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 Gulf Regional Occupational Medicine Center 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 CENTRO REGIONAL de la MEDICINA OCUPACIONAL del GOLFO y de sus empleados de cualquier responsabilidad que se presenta de tal acceso.

(I hereby release Gulf Regional Occupational Medicine Center and it's employees from any liability arising from such disclosure.)

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

Consentimiento para la pantalla de la droga ya 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, yo muestra del pelo con el fin de realizar la prueba necesaria por un laboratorio elegido por mi patrónpartrón potnecial, para determinar la presencia yo ilano de droga ya 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 CENTRO REGIONAL de la MEDICINA OCUPACIONAL del GOLFO mi consentimiento al lanzamiento a los representantes apropiados de la compania del _____
(de la compafiía) lost resultados de mi droga yo prueba del alcohol. Entiendo que estos resultados se pueden utilizar para determinar cualquier aptitud o empaleo continuado con exta compaiía
(I further give Gulf Regional Occupational Medicine Center 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)

CENTOR REGIONAL de la MEDICINA OCUPACIONAL del GOLFO

Baton Rouge:

8742 Goodwood Blvd
 Baton Rouge, LA 70806
 Phone #: 225-231-7070
 Fax #: 225-231-7069

Abbeville:

121 East St. Victor St.
 Abbeville, LA 70510
 Phone #: 337-893-0810
 Fax #: 337-893-0890

Nombre: _____ SSN: _____

Fecha de nacimiento: _____ Compañía: _____ Título del trabajo: _____

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

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

SÍ	NO		SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Cáncer (Cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Enfisema (Emphysema)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Alergias (Allergies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Tensión arterial alta (High blood pres)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Fiebre del heno (hay fever)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Murmullos del corazón (Heart murmur)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Colmenas (Hives)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Hepatitis (Hepatitis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Visión pobre (Poor vision)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Úlcera péptica (Peptic ulcer)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Glaucoma (Glaucoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Colitis (Colitis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Dientes falsos (False teeth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Hemorrhoids (Hemorrhoids)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Rinitis (Rhinitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Hernía (Hernia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Hueso Quebrado (Broken bone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Artritis (Arthritis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Enfermodad parncreatic (Pancreatic)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Apuro de la tiroides (Thyroid trouble)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Disco roto (Ruptured disc)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Esquizofrenia (Schizophrenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Apuro trasero (Back trouble)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Deoresión (Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Apuro del riñón (Kidney trouble)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Desorden bipolar (Bipolar disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Apuro de la vejiga (Bladder trouble)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Ataques de ansiedad (Anxiety attacks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Apuro de la prostat (Prostate trouble)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Dermatitis atópico (Atopic dermatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Dolores de caneza de la jaqueca (Mha)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Psoriasis (Psoriasis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Epilepsia (Epilepsy)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Infección fungicida (Fungal infection)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Movimiento (Stroke)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Infección de la levadura (Yeast Infection)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Enfermedad de movimiento (Mot Sick)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Tuberculosis (Turberculosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Enfermedad del mar (Sea Sickness)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Bronquitis crónica (Chron bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. La otra enfermedad (Other illness)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Asma (Asthma)			

**B. Hágale Tienen actualmente:
(Do you presently have:)**

SÍ	NO		SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Fiebre (Fever)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. El picar (itching)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Neumático fácilmente (tire easily)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Dolores de la piel (skin sores)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Pérdida del peso (weight loss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Tos productiva (productive cough)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. El limpiar con un chorro de agua (flush)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Seque la tos (dry cough)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Infecciones frecuentes (frequent infect)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Dolor de pecho (chest pain)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Nariz que monques (runny nose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Wheezing (wheezing)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Carganta dolorida (sore throat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Shortness de la respiración (SOB)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Headedness ligero (light headedness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Despierte el SOLLOZO (wake up SOB)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. El hincharse alrededor de ojos (swell eye)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Náusea y el vomitar (N & V)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Apuro del ojo (eye problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Taburetes flojos (loose stools)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Bolsos debajo de ojos (bags under eyes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Ojos amarillos (yellow eyes)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Dolores de cabeza frecuentes (freq ha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Dolor abdominal (abdominal pain)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Entumecimiento (numbness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Sangre en taburete (blood in stool)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. El zumbar dondequiera (tingling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Orina oscura (dark urine)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Ajustes Asimientos (fits/seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. El quemarse en el urination (burn urine)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Temblores (tremors)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Despierte al urinate (wake up to urinate)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Vértigos (dizziness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Dolor de la pierna de caminar (leg pain walking)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Consiga enojado fácilmente (easy anger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Débil en brazos/piernas (weak arms/legs)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Nerviosismo (nervousness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Dolor de espalda (back pain)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Depresión (depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Tiesura común (joint stiffness)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Erupción (rash)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. El dormir del apuro (trouble sleeping)

Sí 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?)

- B. Usted ha tenido siempre otra lesión importante?
(Have you ever had any other major injury?)

- 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:)

-
-
- D. Es usted alérgico a medicación? Si sí, lista:
(Are you allergic to any medication? If yes, list:)

-
-
- E. Usted ha tenido siempre cirugía? Si sí, lista:
(Have you ever had surgery? If yes, list:)

-
-
- 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)
-
-

II. HISTORIA SOCIAL (SOCIAL HISTORY)

Sí No

- A. Usted utiliza productos del tabaco? Si sí, qué tipo y cuánto?
(Do you use tobacco products? If yes, what type and how much?)
-
-

- B. Usted bebe el alcohol? Si sí, cuánto por semana?
(Do you drink alcohol? If yes, how much per week?)
-
-

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 lift on your last job?)
-

- levantar? C. Es usted capaz con frecuencia de levanta 100 libras? Si NO, cuánto puede usted
(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 CUALQUIERES PREGUNTAS SOBRE LESIONES ANTERIORES, Las INHABILIDADES U OTRAS CONDICIONES MÉDICAS OYEDEB 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 INJURIED, DISABILITIES OR OTHER MEDICAL CONDITIONS MAY RESULT IN FORFEITURE OF WORKER'S COMPENSATION BENEFITS UNDERS 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 question truthfully and I have read and understood the above NOTICE)