

PART 2

CUESTIONARIO MÉDICO ANUAL

1. NOMBRE \_\_\_\_\_
2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_
3. NÚMERO DE RELOJ \_\_\_\_\_
4. OCUPACIÓN ACTUAL \_\_\_\_\_
5. LA FÁBRICA \_\_\_\_\_
6. DIRECCIÓN \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_  
(Codigo Zip)
8. NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_  
(Codigo de AREA)
9. ENTREVISTADOR \_\_\_\_\_
10. FECHA \_\_\_\_\_
11. Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
12. Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_
13. Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_
14. ¿Cuál es tu estado civil?  
Soltero \_\_\_\_\_  
Casado \_\_\_\_\_  
Viuda \_\_\_\_\_  
Apartado \_\_\_\_\_  
Divorciada \_\_\_\_\_

12. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

12A. ¿El año pasado trabajó a tiempo completo (30 horas por semana o más) durante seis meses o más?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo a 12A:

12B. El año pasado, ¿trabajó en un lugar polvoriento?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No aplica \_\_\_\_\_

12C. ¿Fue la exposición al polvo?

Leve \_\_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_\_ Severo \_\_\_\_\_

12D. Durante el año pasado, ¿estuvo expuesto a gases o vapores químicos en su trabajo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

12E. Fue expuesto:

Leve \_\_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_\_ Severo \_\_\_\_\_

12F. El año pasado, ¿cuál fue su:

1. Trabajo, Ocupación \_\_\_\_\_

2. Puesto/título del trabajo \_\_\_\_\_

### 13 ANTECEDENTES MÉDICOS RECIENTES

13A. ¿Consideras que gozas de buena salud?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

EN CASO NO, INDICA LA RAZÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13B. En el último año ha desarrollado:

Sí No

a. ¿Epilepsia (o ataques, ataques, convulsiones)?	_____	_____
b. ¿Fiebre reumática?	_____	_____
c. ¿Nefropatía?	_____	_____
d. ¿Enfermedad de la vejiga?	_____	_____
mi. ¿Diabetes?	_____	_____
F. ¿Ictericia?	_____	_____

### 14. RESFRIADOS Y ENFERMEDADES DEL PECHO

14A. Si te resfrías, ¿normalmente te llega al pecho?

(Por lo general significa más de la mitad del tiempo).

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No te resfrías \_\_\_\_\_

15A. Durante el año pasado, ¿ha tenido alguna pérdida de pecho?

enfermedades que le han impedido trabajar, en el interior de su casa, o en la cama?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No aplica \_\_\_\_\_

EN CASO SÍ A 15A:

15B. ¿Produjiste flema con alguna de estas enfermedades del pecho?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No aplica \_\_\_\_\_

15C. Durante el año pasado, ¿cuántas enfermedades con (aumento) de flema tuvo usted que duraron una semana o más?

Número de tales enfermedades \_\_\_\_\_

No existen tales enfermedades \_\_\_\_\_

## 16. SISTEMA RESPIRATORIO

En el último año ha tenido:

Sí o No Más comentarios sobre las respuestas positivas

Asthma	Sí _____	No _____	_____
Bronquitis	Sí _____	No _____	_____
o fiebre	Sí _____	No _____	_____
Otras alergias	Sí _____	No _____	_____
Neumonía	Sí _____	No _____	_____
Tuberculosis	Sí _____	No _____	_____
Cirugía de tórax	Sí _____	No _____	_____
Otros problemas pulmonares	Sí _____	No _____	_____
Cardiopatía	Sí _____	No _____	_____

Tiene: Sí o No Más comentarios sobre respuestas positivas

Resfriados frecuentes	Sí _____	No _____	_____
Dificultad para respirar al caminar o subiendo un vuelo de escaleras	Sí _____	No _____	_____
	Sí _____	No _____	_____

Tú:

Jadear Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Toser flema Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fumar cigarrillos Paquetes por día \_\_\_\_\_

Cuántos años \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de firma \_\_\_\_\_

©Dan Napier 11/3/2023