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 resfríes _____

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