LES Medical History and Examination Form

(Forma para LES Examen e Historial Medico)

PART 1 - Employee Information (to be completed by the employee) **Parte 1 (A ser completada por el empleado)**

1. Name (Last, First, M.I) **(Apellido, Nombre, Inicial 2do Nombre)**		
3. Date of Birth **(Fecha de nacimiento)**	4. Sex (Sexo) M _____ F _____	5. Position applied for: **(Nombre del empleo al que aplica)**
6. Address **(Dirección)**		
7. List all medications you currently use on a regular basis. **(Detalle todos los medicamentos que toma en forma regular)**		

Yes **(Si)**	No	Check "yes" or "no" for each question, and if "yes" please explain briefly. (Use aditional sheets if necessary) **(Marque Si o No para cada pregunta, si marca "Si", por favor explique brevemente. (Use página adicional si es necesario)**	
		a. As an adult have you had any major or significant illness or injury? **(Como adulto ha padecido de alguna enfermedad o lesión?)**	
		b. During the last two years have you consulted or been treated at clinics or by physicians, healers, or other practitioners? **(Durante los últimos dos años ha recibido atención de médicos o en clínicas o similares?)**	
		c. As an adult have you ever had any operations or been advised to have an operation by a doctor? **(Como adulto ha tenido alguna cirugía o ha sido aconsejado por un médico de realizarse una cirugía?)**	
		d. Have you ever been a patient in a mental hospital or sanatorium, or been treated by a pychiatrist or psychologist? **(Ha estado alguna vez ingresado como paciente en un hospital mental o sanatorio o ha sido tratado por un psiquiatra o psicólogo?**	

8. Examinee should circle appropriate item(s) on multiple questions answered "YES". Check each item at left. Do you now or during the past 3 years have you had symptoms noted below? Answer every question completely.

(El paciente debe marcar el/los inciso(s) apropiado(s) en preguntas múltiples con respuesta afirmativa "SI". Marque en las columnas de la izquierda. Tiene o ha tenido en los últimos 3 años alguno de los síntomas abajo mencionados? Conteste cada pregunta de manera completa

Yes **(Si)**	No	(Check each item applicable) **(Marque un inciso si aplica)**	Yes **(Si)**	No	(Check each item applicable) **(Marque un inciso si aplica)**	Yes **(Si)**	No	(Check each item applicable) **(Marque un inciso si aplica)**
		Frequent or severe headaches **(Dolores de cabeza serveros o frequentes)**			High Blood Pressure **(Presión alta)**			Bone, joint or other deformity **(Deformación de huesos o articulaciones)**
		Epilepsy, fits or fainting **(Ataques de epilepsia o desmayos)**			Frequent Indigestion **(Indigestión Frecuente)**			Recurrent back pain, wear a back support or brace **(Dolores de espalda recurrentes, usa soporte o faja)**
		Skin disease **(Enfermedad de la piel)**			Stomack, liver or intestinal trouble **(Problemas de la vesicula o piedras en la vesicula)**			Malaria, amoebic dysentery or other tropical disease **(Malaria, disentería amébica u otras enfermedades tropicales)**
		Ear, nose or throat trouble **(Problemas de oídos, nariz o garganta)**			Gall bladder trouble or gall stones **(Problemas de la vesícula o piedras en la vesícula)**			Frequent trouble sleeping **(Problemas frecuentes de insomnio)**
		Severe tooth or gum trouble **(Problema severo de dentadura o encías)**			Jaundice or hepatitis **(Hepatitis o ictericia)**			Nervous trouble or any sort **(Problema nervioso de alguna índole)**
		Asthma **(Asma)**			Piles or other rectal disease **(Hemorroides u otra enfermedad rectal)**			Depression or excessive worry **(Depresión o preocupacion excesiva)**
		Hay fever or other allergies **(fiebre del heno u otras alergias)**			Blood in or on the stool or black (Tarry) stool **(Sangre en las heches o heces negras)**			Attempted suicide **(Ha intentado suicidarse)**
		Shortness of breath **(Falta de respiración)**			Frequent or painful urination **(Orina frecuente o con dolor)**			Used hallucinogenic drugs (such as LSD) or marijuana **(Ha usado drogas alucinógenas como LSD o mariguana)**
		Chronic cough **(Tos crónica)**			Kidney trouble, stone or blood in urine **(Problema de riñón o sangre en la orina)**			Excessive bleeding after injury or tooth extraction **(sangrado excesivo después de una herida o extracción dental)**

		Coughing up blood **(Sangre al toser)**			Sugar or albumin in urine **(Azúcar o albúmina en la orina)**			Any reaction to serum immunization, drug or medicine **(alguna reacción a sueros de inmunizaciones, drogas o medicinas?)**
		Tuberculosis, or close association with anyone who had or has tuberculosis **(Tuberculosis o contacto cercano con alguna persona que padece o ha padecido tuberculosis?)**			Diabetes **(Diabetes)**			Tumor, growth, cyst or cancer **(Tumor, abultación o crecimiento de masa, quiste o cáncer)**
		Pain or pressure in chest **(Dolor o presión en el pecho)**			Rheumatic fever **(Fiebre reumática)**			Do you use alcohol? **(Consume alcohol?)**
		Palpitation or pounding heart **(Palpitaciones o corazón agrandado)**			Arthritis, rheumatism or joint pans (Artritis, reumatismo o			Do you use any medication regularly? **(Usa algún medicamento con regularidad?)**
		Swelling of feet or ankles **(Inflamación de pies o tobillos)**			Painful or "tick" shoulder or knee **(Hombro o rodilla con dolor)**			Are you a cigarette smoker? **(Es fumador de cigarrillos?**

9. I certify that I have reviewed the foregoing information supplied by me, and that it is true and complete to the best of my knowledge.
(Certifico que he revisado la información que he suministrado y que es verdadera y completa de acuerdo a mi mejor entendimiento)

Signature of Employee: _____ Date: _____/_____/_____
(Firma del Empleado) **(Fecha)**

Physician's Report (to be completed by the examining physician)

(Reporte del Médico para completarse por el médico que examina)

14. **Clinical Evaluation** **(Evaluación Clínica)**

Check each item as indicated. Enter "NE" if not evaluated **Marque cada inciso segun corresponda. Anote NE si no ha sido evaluado**	Normal **(Normal)**	Abnormal **(Anormal**
a. Head, face, neck scalp **(Cabeza, cara, cuello, cuero cabelludo)**		
b. Nose and sinuses **(Nariz y cavidades nasales)**		
c. Mouth and throat **(Boca y garganta)**		
d. Ears **(Oidos)**		
e. Eyes - including visual acuity under item 15 **(Ojos - incluyendo visión aguda bajo inciso 15)**		
f. Lungs and chest (include breast) **(Pulmones y torax, incluir senos)**		
g. Heart (Thrust, size, rhythm, sounds) **(Corazón - tamaño, ritmo, firmeza)**		
h. Vascular system (varicosities, etc) **(Sistema vascular, varicosis)**		
i. Abdomen and viscera (include hernia) **(Abdomen, visceras, hernias)**		
j. Extremities (strength, range of motion) **(Extremidades, fuerza, rango de movimiento)**		
k. Spine, other muculoskeletal **(Columna, otro muculoesqueletal)**		
l. Skin, lymphatics. **(Piel, linfáticos)**		
m. Others **(Otros)**		

NOTES: (Describe every abnormality in detail. Enter pertinent item before each comment) **NOTA: (Describa cada anormalidad con detalle. Anotar en cada inciso la letra correspondiente en cada comentario)**

15. **MEASUREMENTS AND LABORATORY RESULTS** **(Medidas y resultados de laboratorio)**

Height **(Altura)** _____ Weight **(Peso)** _____

Blood Pressure **(Presión arterial)** _____ Pulse **(Pulso)** _____

HEMATOLOGY **(Hematología)**

Hematocrit _____ %

Hemoglobin _____ gms %

WBC cmm

EKG (If over 50) **(Electrocardiograma, si es mayor de 50 años)**

Results **(resultado)**: _____

Chest X-Ray (acceptable within past 6 months)
(Rayos X de Torax (Placas tomadas dentro los últimos 6 meses son aceptables)

Date (Fecha): _____/_____/_____ Results **(Resultados)**:

Vision Acuity R **(D)**_____ L **(I)**_____

With _____ Without _____ Glasses

Audiogram **(Audiograma)** Hz/dB

	R **(D)**	L **(I)**
500Hz		
1000Hz		
2000Hz		
4000Hz		

Results: _____

16. Summary of Abnormalities and Diagnoses (use additional sheets if necessary) **Resumen de diagnósticos (use hoja adicional si es necesario)**

17. Recommendations for any further evaluations **(Recomendaciones para cualquier evaluación posterior)**:

18. Examinee eligible for employment **(El paciente es elegible para el empleo?)** Yes _____ No _____

19. Signature of Physician **(firma del Médico Tratante)** _____ Date **(Fecha)**: _____/_____/ _____