



Exceptional Medicine.
Extraordinary Care.

MERCY OCCUPATIONAL HEALTH

www.MercyOccupationalHealth.org

Coral West Medical Center
2769 Heartland Drive, Suite 205
Coralville, IA 52241
(319) 339-3921
Fax (319) 339-3858
Toll Free (800) 637-2942 x 3921

Muscatine Medical Center
2104 Cedarwood Drive, Suite 102
Muscatine, IA 52761
(563) 263-3921
Fax (563) 264-2525
Toll Free (877) 863-3921

Físico- Cuestionario de Historia Médica

Physical Health History Questionnaire

Si experimenta dificultades para completar o comprender la información en esta forma, notifique a la recepción por favor.

Información Demográfica:

Form fields for demographic information including Name, Address, Date of Birth, Gender, Phone numbers, and Insurance details.

HISTORIA MEDICA: Ultima Inyección de Tétano / / Examen de sangre de Hepatitis B / /

ALERGIAS: [ ] No Alergias None [ ] Medicina Medicine [ ] Alimento Food [ ] Ambiental Environmental

Por favor especifique:

HISTORIA Medica: Alguna vez tuvo... elija todo lo que aplique. List of medical conditions with checkboxes.

Por favor explique:

LESIONES GRAVES, ENFERMEDADES, HOSPITALIZACIONES O OPERACIONES:

Liste y de las fechas. Serious Injuries, Illness, Hospital Stays or Operations

Form lines for listing serious injuries, illnesses, hospital stays, or operations.

Form box for Name, Employer, MR#, and DOB.



Exceptional Medicine.
Extraordinary Care.

MERCY OCCUPATIONAL HEALTH

www.MercyOccupationalHealth.org

Coral West Medical Center
2769 Heartland Drive, Suite 205
Coralville, IA 52241
(319) 339-3921
Fax (319) 339-3858
Toll Free (800) 637-2942 x 3921

Muscatine Medical Center
2104 Cedarwood Drive, Suite 102
Muscatine, IA 52761
(563) 263-3921
Fax (563) 264-2525
Toll Free (877) 863-3921

Físico- Cuestionario de Historia Médica

Physical Health History Questionnaire

CONDICIONES MEDICAS ACTUALES: Verifique por favor algún problema ACTUAL que tenga, en la lista de abajo:

Constitucional Constitutional

- Fiebre/fríaldades/sudores Fevers/chills/sweats
Pérdida de peso/ganancia inexplicada Unexplained weight loss/gain
Cambio de energía/debilidad Energy
Frecuencia para orinar Freq Urination

Ojos Eyes

- Cambio en la Visión Change in Vision
Sensibilidad a la luz Sensitive/Light

Oídos/Nariz/Garantal/Boca

- Auditivo/timbre en oídos Hearing/Ringing
Problemas de los dientes/encías Teeth

Cardiovascular

- Dolor/molestia de pecho Chest pain/discomfort
Palpitaciones irregulares del corazón irr hb
Alta presión sanguínea High Blood Pressure

Respiratorio Respiratory

- Tos/resuello Cough/wheeze
Dificultad para respirar Difficulty breathing

Gastrointestinal Gastrointestinal

- Dolor abdominal Abdominal Pain
Sangre en la evacuación Blood/BM
Náusea/vomito Nausea/vomiting
Diarrea diarrhea

Genitourinario

- Orina frecuente per la noche Nighttime urination
Gotear de Orina Leaking Urine

Musculo-esquelético Musculo-skeletal

- Dolores musculares/coyonturas Muscle/joint pain
Coyonturas hinchadas Joint swelling
Rigidez de coyonturas Joint stiffness
Debilidad de los músculos Muscle weakness

Sangre/linfático Blood/Lymphatic

- Magullar fácil /sangrar Easy bruising/bleeding
Terrones inexplicables Unexplained lumps

Diabetes

Neurológico Neurological

- Mareos Dizziness
Entumecimiento Numbness
Pérdida de Coordinación Coordination
Pérdida de memoria Memory Loss
Dolores de cabeza Headaches

Psiquiátrico Psychiatric

- Ansiedad/énfasis Anxiety/stress
Problemas con el sueño sleeping
Depresión Depression

OTRO Other

Other category with blank line

MEDICINAS: Liste todas las medicinas que ACTUALMENTE toma\_

El nombre de la Medicina

Dosis

Razón

Table with 3 columns: Name of medicine, Dose, Reason. Includes 5 rows of blank lines for entry.

HISTORIA SOCIAL Y DE TRABAJO:

Para este trabajo es usted:

Tiempo repleto Full Time

Medio Tiempo Part Time

Temporal Temporary

Fecha de inicio: Start Date

Tipo de Trabajo/Posición Type of Job/Position:

Por favor liste en orden todos los trabajos, incluso el servicio militar. Esta información es utilizada para determinar el tipo de trabajo que usted ha hecho en el pasado. Work History

Table with 4 columns: Empezó Starting, Termino Ending, Empleador Employer, Deberes de trabajo Job duties. Includes 4 rows of blank lines for entry.

¿Trabaja en otra parte además de este trabajo? Are you working elsewhere in addition to this job?

¿Tiene algún pasatiempo? Do you have any hobbies?

¿Es usted actualmente un fumador? Are you currently a smoker? Sí No

Circule si alguna vez a fumado. Circle if you have ever smoked: Cigarrillos Cigarettes Pipa Pipe Puro Cigar
Cajetilla de promedio/día Average packs/day: ¿Cuántos Años? How Many Years?

Name:
Employer:
MR#:
DOB:



Exceptional Medicine.
Extraordinary Care.

MERCY OCCUPATIONAL HEALTH

www.MercyOccupationalHealth.org

Coral West Medical Center
2769 Heartland Drive, Suite 205
Coralville, IA 52241
(319) 339-3921
Fax (319) 339-3858
Toll Free (800) 637-2942 x 3921

Muscatine Medical Center
2104 Cedarwood Drive, Suite 102
Muscatine, IA 52761
(563) 263-3921
Fax (563) 264-2525
Toll Free (877) 863-3921

Físico- Cuestionario de Historia Médica

Physical Health History Questionnaire

HISTORIA MÉDICA RELACIONADA A EL TRABAJO:

Elija al lado de cualquier sustancia a la cual haya sido expuesto durante la actividad del trabajo o de algún pasatiempo.

- Amoníaco, Asbesto, Berilio, Cadmio, Polvo de carbon, Humote soldadura auto-gena, Exceso de polvo, Vidrio de fibra, Calor (severo), Isocianatos/urethanes, Ketones, Láseres, Plomo, Mercurio, Ruido, Pesticidas, Arena silica, Solventes, Pintura rociada, Styrene, Vibración, Frío (severo), Rayos-X, Otro

¿Ha desarrollado o tenido problemas de salud debido a su presente o anterior empleo? (incluya: lesiones, enfermedades, y posibles alergias). Have you developed or had any known health problems due to your present or past employment? (include: injuries, illnesses, and possible allergies).

No Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a llenado un reclamo de compensación de trabajadores? Have you ever previously filed a workers compensation claim?

No Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿Sé le a determinado una discapacidad o una restricción permanente de trabajo? Have you previously received an impairment rating or permanent work restriction?

No Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha estado fuera del trabajo por 3 días o más debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo? Have you ever been off work for more than 3 days because of an illness or injury related to work?

No Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado de trabajo o las tareas de trabajo debido a un problema de salud o lesión? Have you ever changed jobs or work assignments because of a health problem or injury?

No Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez trabajo con alguna sustancia que le causo una erupción en la piel? Have you ever worked with a substance which caused you to break out in a rash?

No Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha trabajado con alguna sustancia que le causó problemas para respirar? (tos, respiración desminuida, resuello ruidoso, etc) Have you ever worked with a substance which caused you trouble breathing? (cough, shortness of breath, wheezing, etc)

No Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿Experimenta dolor/malestar en su espalda o ha estado debajo del cuidado de un doctor/chiropractor para problemas de la espalda? Do you experience pain/discomfort in your back or have you been under a doctor/chiropractor's care for back problems?

No Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿Experimenta dolor o malestar en su cuello, hombro, codo, muñeca o mano tal como tendinitis, síndrome de Túnel del Carpio o ha estado debajo de el cuidado de un doctor para tales problemas? Do you experience pain or discomfort in your neck, shoulder, elbow, wrist or hand such as tendonitis, carpal tunnel syndrome or have you been under a doctor's care for such problems?

No Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene un pasatiempo, un arte o negocio que practica fuera de este trabajo? Do you have a hobby, craft or business that you do outside of this job?

No Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿Utiliza dispositivos asistentes tales como prótesis, frenos de apoyo, miembros artificiales, ojo artificial, bastón, o prótesis de oído? Do you use any assistive devices such as prostheses, braces, artificial limbs, artificial eye, cane, or hearing aid?

No Sí Explique: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_
Employer: \_\_\_\_\_
MR#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
DOB: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



MERCY OCCUPATIONAL HEALTH

www.MercyOccupationalHealth.org

Coral West Medical Center
2769 Heartland Drive, Suite 205
Coralville, IA 52241
(319) 339-3921
Fax (319) 339-3858
Toll Free (800) 637-2942 x 3921

Muscatine Medical Center
2104 Cedarwood Drive, Suite 102
Muscatine, IA 52761
(563) 263-3921
Fax (563) 264-2525
Toll Free (877) 863-3921

Físico- Cuestionario de Historia Médica

Physical Health History Questionnaire

¿Tiene debilitaciones, limitaciones, o inhabilidades físicas o mentales? Do you have any known physical or mental impairments, limitations, or disabilities?
[ ] No [ ] Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿Le han tratado para enfermedades psiquiátricas, de alcoholismo o relacionadas con las droga? Have you been treated for psychiatric, alcohol or drug related illnesses?
[ ] No [ ] Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algun tipo de reacción al usar guantes de látex? Have you ever had any type of reaction when wearing latex gloves?
[ ] No [ ] Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿Se siente usted seguro(a) en su casa? [ ] Sí [ ] No Do you feel safe at home?

¿Si estuviera sufriendo maltratos o violencia en su casa, ¿sabría usted dónde conseguir ayuda? [ ] Sí [ ] No
If you were experiencing violence in your home, would you know where to go for help?

Certifico que he completado esta forma al mejor de mi conocimiento y entender. Cualquier falsificación deliberada de alguna respuesta, puede ser causa para el despido por el empleador. I certify I have accurately completed this form to the best of my knowledge.

Firma de el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

COMENTARIO del PROVEEDOR: Provider Comment:

Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_
[ ] Charles Buck, MD [ ] Tina Stec, MD [ ] Sarvenaz Jabbari, MD [ ] Thomas Dean, PA-C

Name: \_\_\_\_\_
Employer: \_\_\_\_\_
MR#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_