

Name: <i>Nombre:</i>	Birthdate: <i>Fecha de Nacimiento:</i>
-------------------------	---

Date: <i>Fecha de hoy:</i>

I. GENERAL HEALTH
I. SALUD GENERAL

Please check Yes or No and fill in any additional information in the space provided. If you need more space for a question, use the Additional Details section on page 3.

Por favor marque Si o No y llene cualquier información adicional en el espacio proporcionado. Si necesita más espacio para su respuesta, use la sección de Detalles Adicionales en la página 3.

Question <i>Pregunta</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>	Details <i>Detalles</i>
1. Do you have any allergies (e.g., hayfever, food products, chemicals or medication)? <i>1. ¿Padece usted de alergias (fiebre del heno, productos alimenticios, químicos, o medicamentos)?</i>			
2. Are you currently taking any prescription medication? <i>2. ¿Toma algún medicamento recetado?</i>			Type: <i>Tipo:</i>
3. Are you currently taking any non-prescription medication or remedies? <i>3. ¿Toma algún medicamento no recetado o remedio alternativo (natural)?</i>			Type: <i>Tipo:</i>
4. Are you a current smoker or ex-smoker? <i>4. ¿Es fumador o ex-fumador?</i>			Cigarettes per day: <i>Cigarrillos actuales por día:</i>
5. Do you consume alcohol? <i>5. ¿Toma alcohol?</i>			Drinks per week: <i>Bebidas por semana:</i>
6. Do you use any recreational drugs? <i>6. ¿Usa alguna droga recreacional?</i>			Type: <i>Tipo:</i>
7. Does any health problem restrict your activities of daily living? <i>7. ¿Algún problema de salud restringe sus actividades diarias?</i>			
8. Do you suffer from any condition that requires regular medical review or time away from work for treatment or rest? <i>8. ¿Sufre usted de alguna condición que requiera tratamiento médico regular o tiempo fuera del trabajo para tratamiento o descanso?</i>			
9. Have you ever been hospitalized for any reason including surgery? <i>9. ¿Ha sido hospitalizado por cualquier razón incluso cirugía?</i>			
10. Difficulty with your vision? Do you use glasses or contacts? <i>10. ¿Dificultad para la visión? ¿Usa lentes o lentes de contacto?</i>			
11. Do you have a history of hearing troubles? <i>11. ¿Tiene historia de problemas auditivos?</i>			
12. Do you suffer from any condition that may cause drowsiness or impair your concentration? <i>12. ¿Sufre usted de alguna condición que pueda causar mareos o interfiera con su concentración?</i>			
13. Do you have a history of blackouts, faints, epilepsy, spasms, dizziness? <i>13. ¿Tiene historia de problemas desmayos, epilepsia, espasmos, mareos?</i>			

**II. RESPIRATORY FUNCTION
II. FUNCIÓN RESPIRATORIA**

Question <i>Pregunta</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>	Details <i>Detalles</i>
<p>1. Have you ever suffered from: Asthma, Bronchitis, Pneumonia, Emphysema, Tuberculosis, Industrial Lung Disease, Other respiratory disorders?</p> <p><i>1. ¿Ha sufrido alguna vez de: Asma, Bronquitis, Neumonía, Enfisema, Tuberculosis, Enfermedad pulmonary industrial? ¿Otros desórdenes respiratorios?</i></p>			

**III. CARDIOVASCULAR FUNCTION AND PHYSICAL ACTIVITY
III. FUNCIÓN CARDIOVASCULAR Y ACTIVIDAD FISICA**

Question <i>Pregunta</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>	Details <i>Detalles</i>
<p>1. Have you ever suffered from: Heart Disease, Heart Attack, Stroke, High Blood Pressure, Heart Palpitations. Other heart illnesses?</p> <p><i>1. ¿Ha sufrido alguna vez de: Ataque al corazón, Accidente cerebrovascular (derrame cerebral), Presión arterial alta, Palpitaciones del corazón? ¿Otras enfermedades del corazón?</i></p>			
<p>2. Do you know of any reason why you should not engage in physical activity?</p> <p><i>2. ¿Sabe de alguna razón por la cual no debería realiza actividades físicas?</i></p>			

<p>3. How often do you exercise for 20 minutes or more?</p> <p><i>3. ¿Qué tan frecuentemente hace ejercicio durante 20 minutos o más?</i></p>	Never <i>Nunca</i>	<p>Types of exercise:</p> <p><i>Tipo de ejercicios:</i></p>
	1-2 times/week <i>1-2 por semana</i>	
	Over 3 times/week <i>>3 por semana</i>	

**IV. MUSCULOSKELETAL HISTORY
IV. HISTORIA MUSCULOESQUELÉTICA**

*Please indicate whether you have had any previous injury, illness, or disorder with each body area.
Por favor indique si ha tenido alguna lesión (lastimadura) previa, enfermedad o trastorno en cada área de su cuerpo.*

Body Part	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>	Details <i>Detalles</i>
<p>1. NECK</p> <p><i>1. CUELLO</i></p>			
<p>2. BACK</p> <p><i>2. ESPALDA</i></p>			
<p>3. SHOULDER, ELBOW, WRIST & HANDS</p> <p><i>3. HOMBRO, CODO, MUÑECA Y MANOS</i></p>			
<p>4. HIPS, KNEES, ANKLES & LEGS</p> <p><i>4. CADERAS, RODILLAS, TOBILLOS Y PIERNAS</i></p>			
<p>5. Have you ever broken a bone or suffered another serious injury?</p> <p><i>5. ¿Se ha fracturado algún hueso o ha sufrido alguna otra lesión (lastimadura) seria?</i></p>			

**V. OTHER
V. OTROS**

Question <i>Pregunta</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>	Details <i>Detalles</i>
1. Do you have any other medical condition, disease, illness, disorder, or prior injury that has <i>not</i> been outlined on this form? 1. ¿Tiene alguna otra condición médica, enfermedad, trastorno, o lesión (lastimadura) previa que no haya sido mencionada en esta forma?			
2. Is there any reason why you cannot wear safety or protective equipment (e.g., mask, safety boots, ear muffs or plugs, gloves, safety glasses or hard hat)? 2. ¿Hay alguna razón por la que no pueda usar equipo protector (por ejemplo: mascara o botas de seguridad, orejeras o tapones de oídos, guantes, lentes de seguridad o casco)?			
3. Do you anticipate that you will require assistance, in the form of specific aids or task modification, in order to undertake the essential components of the job applied for? 3. ¿Anticipa usted que necesitará asistencia, en forma de ayuda específica o modificación de la tarea, para llevar a cabo los componentes esenciales del trabajo al que está aplicando?			
4. Have you ever had an industrial or worker's compensation injury that caused you to be out of work? 4. ¿Ha tenido alguna lesión o reclamo de compensación del empleo por una lesión (lastimadura) industrial de trabajo por lo que lo enviaron a descansar?			

**VI. ADDITIONAL DETAILS
VI. DETALLES ADICIONALES**

If you need additional space for your answers to any items on this questionnaire, you may use the space provided below. Please indicate the section and question number to which you are adding detail.
Si necesita espacio adicional para sus respuestas a cualquiera de las preguntas en este cuestionario, puede usar el espacio de abajo. Por favor indique la sección y el número de pregunta al que desea agregar más detalles.

Section Number <i>Sección Número</i>	Question Number <i>Pregunta Número</i>	Additional Details <i>Detalles Adicionales</i>

**DECLARATION AND INFORMATION CONSENT
DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

I declare that the answers and information given in this questionnaire are true and correct to the best of my knowledge and I have not willingly omitted any information.
Declaro que todas las respuestas e información dada en este cuestionario son verdaderas y correctas con lo mejor de mi conocimiento y buenas intenciones, y que no he omitido ninguna información.

Printed Name:
Nombre impreso:

Signature:
Firma:

Date:
Fecha:

Provider review All positive responses are referred to the candidate's primary care provider. If no primary care provider referral to CHCCC or Marian Community Clinics.