



3235 Perkins Road  
 Baton Rouge, LA 70808  
 Office: (225) 387-3030  
 Fax: (225) 387-4521

8742 Goodwood Blvd  
 Baton Rouge, LA 70806  
 Office: (225) 231-7070  
 Fax: (225) 231-7069

<b>Original Date:</b>	
<b>Dates Revised:</b>	

POR FAVOR IMPRESIÓN (PLEASE PRINT)			
<b>Nombre pasado (last name):</b>	<b>Sexo (sex):</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>SSN#:</b>
<b>Nombre (first name):</b>			
<b>Dirección (address):</b>			
<b>Ciudad (city):</b>	<b>St:</b>	<b>Cierre relámpago (zip):</b>	
<b>Teléfono casero (Home Telephone): ( )</b>	<b>Cell: ( )</b>		
<b>Edad (age):</b>	<b>Fecha de nacimiento (DOB):</b>		
<b>Pertenencia étnica (ethnicity):</b>	<b>Estado civil (marital status):</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D		
<b>Compañía (company):</b>	<b>Título (title):</b>		

**Consentimiento para los servicios (Consent for Services)**

Consiento por este medio a la evaluación médica yo el tratamiento me proporcionó por el personal del HEALTHremède.  
 (I hereby consent to medical evaluation and/or treatment provided to me by the staff of HEALTHremède.)

Autorizo el HEALTHremède para divulgar a mi patrón yo su portador de seguro senalado cualauier información referente a mi condición incluyendo la historia y fisico, todos los informes del laboratorio y todos los informes de la radiografía.  
 (I authorize HEALTHremède to disclose to my employer and/or its designated insurance carrier any information concerning my condition including the history and physical, all laboratory reports, and all x-ray reports.)

Lanzo por este medio el HEALTHremède y de sus empleados de cualquier responsabilidad que se presenta de tal acceso.  
 (I hereby release HEALTHremède and it's employees from any liability arising from such disclosure.)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 (Signature) (Date)

**Consentimiento para la pantalla de la droga ya prueba del alcohol**

**(Consent for drug screen and/or alcohol testing)**

Consiento por este medio proporcionar una muestra de la orina, muestra de la respiración, muestra de la saliva, yo muestra del pelo con el fin de realizar la prueba necesaria por un laboratorio elegido por mi patrónpartrón potnecial, para determinar la presencia yo ilano de droga ya alcohol en mi cuerpo.

(I hereby consent to provide a urine sample, breath sample, saliva sample, and/or hair sample for the purpose of performing any testing necessary by a laboratory chosen by my employer/potential employer, to determine the presence and/or level of drugs and/or alcohol in my body)

Más lejos doy a HEALTHremède mi consentimiento al lanzamiento a los representantes apropiados de la compania del \_\_\_\_\_ (de la compañía) lost resultados de mi droga yo prueba del alcohol. Entiendo que estos resultados se pueden utilizar para determinar cualquier aptitud o empaleo continuado con exta compañía

(I further give HEALTHremède my consent to release to the proper company representative of (Company) \_\_\_\_\_ the results of my drug and/or alcohol testing. I understand that these results may be used to determine any fitness or continued employment with this company.)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 (Signature) (Date)

**PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**  
(FOR OFFICE USE ONLY)

ORDENADO CERCA (ORDERED BY): \_\_\_\_\_

COMPAÑIA (COMPANY): \_\_\_\_\_

<b>Nombre (first name):</b>		<b>SSN#:</b>
<b>Fecha de nacimiento (DOB):</b>	<b>Compañia (company):</b>	<b>Título del trabajo:</b>

**I. HISTORIAL MÉDICO: IMPRIMA y conteste por favor a cada pregunta**

<b>A. Tiene usted tenia siompre (Have you ever had):</b>		
<b>1. Cáncer (Cancer)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>2. Alergias (Allergies)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>3. Fiebre del heno (hay fever)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>4. Colmenas (Hives)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>5. Visión pobre (Poor vision)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>6. Glaucoma (Glaucoma)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>7. Dientes falsos (False teeth)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>8. Rinitis (Rhinitis)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>9. Hueso Quebrado (Broken bone)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>10. Diabetes (Diabetes)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>11. Apuro de la tiroides (Thyroid trouble)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>12. Esquizofrenia (Schizophrenia)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>13. Deoresión (Depression)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>14. Desorden bipolar (Bipolar disorder)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>15. Ataques de ansiedad (Anxiety attacks)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>16. Dermatitis atópico Atopic dermatitis)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>17. Psoriasis</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>18. Infección fungicida (Fungal infection)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>19. Infección de la levadura (Yeast Infection)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>20. Tuberculosis (Turberculosis)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>21. Bronquitis crónica (Chronic bronchitis)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>22. Asma (Asthma)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>23. Enfisema (Emphysema)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>24. Tensión arterial alta (High blood pressure)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>25. Murmullos del corazón (Heart murmur)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>26. Hepatitis</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>27. Úlcera péptica (Peptic ulcer)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>28. Colitis</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>29. Hemorrhoids</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>30. Hernía (Hernia)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>31. Artritis (Arthritis)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>32. Enfermodad parncreatic (Pancreatic)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>33. Disco roto (Ruptured disc)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>34. Apuro trasero (Back trouble)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>35. Apuro del riñón (Kidney trouble)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>36. Apuro de la vejiga (Bladder trouble)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

37. Apuro de la prostat (Prostate trouble)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
38. Dolores de caneza de la jaqueca (Mha)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
39. Epilepsia (Epilepsy)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
40. Movimiento (Stroke)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
41. Enfermedad de movimiento (Motion Sickness)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
42. Enfermedad del mar ( Sea Sickness)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
43. La otra enfermedad (Other illness)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>B. Hágale Tienen actualmente (Do you presently have):</b>				
1. Fiebre (Fever)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
2. Neumático fácilmente (tire easily)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
3. Pérdida del peso (weight loss)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
4. El limpiar con un chorro de agua (flush)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
5. Infecciones frecuentes (frequent infect)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
6. Carganta dolorida (sore throat)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
7. Nariz que monques (runny nose)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
8. Headedness ligero (light headedness)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
9. El hincharse alrededor de ojos (swollen eyes)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
10. Apuro del ojo (eye problems)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
11. Bolsos debajo de ojos (bags under eyes)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
12. Dolores de cabeza frecuentes (freq ha)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
13. Entumecimiento (numbness)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
14. El zumbar dondequiera (tingling)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
15. Ajustes Asimientos (fits/seizures)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
16. Temblores (tremors)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
17. Vértigos (dizziness)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
18. Consiga enojado fácilmente (easily anger)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
19. Nerviosismo (nervousness)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
20. Depresión (depression)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
21. Erupción (rash)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
22. El picar (itching)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
23. Dolores de la piel (skin sores)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
24. Tos productiva (productive cough)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
25. Seque la tos (dry cough)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
26. Dolor de pecho (chest pain)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
27. Wheezing (wheezing)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
28. Shortness de la respiración (shortness of breath)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
29. Despierte el SOLLOZO (wake up shortness of breath)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
30. Náusea y el vomitar (nausea & vomiting)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
31. Taburetes flojos (loose stools)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
32. Ojos amarillos (yellow eyes)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
33. Dolor abdominal (abdominal pain)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
34. Sangre en taburete (blood in stool)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
35. Orina oscura (dark urine)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
36. El quemarse en el urination (burn sensation when urinating)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
37. Despierte al urinate (wake up to urinate)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
38. Dolor de la pierna de caminar (leg pain walking)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
39. Débil en brazospiernas (weak arms/legs)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

<b>40. Dolor de espalda (back pain)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>41. Tiesura común (joint stiffness)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>42. Tiesura común (joint stiffness)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>A. Usted ha tenido siempre lesiones o apuro de espalda con su de espalda?</b> <i>(Have you ever had any low back injuries or trouble with your low back?)</i>
En caso affirmative explique (if yes explain):		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>B. Usted ha tenido siempre otra lesión importante?</b> <i>(Have you ever had any other major injury?)</i>
En caso affirmative explique (if yes explain):		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>C. Usted toma la medicación rutinaria? Prescripción o excedente el contador? Si sí, lista:</b> <i>(Do you take routine medication? Prescription or over the counter? If yes, list)</i>
En caso affirmative explique (if yes explain):		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>D. Es usted alérgico a medicación? Si sí, lista:</b> <i>(Are you allergic to any medication? If yes, list)</i>
En caso affirmative explique (if yes explain):		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>E. Usted ha tenido siempre cirugía? Si sí, lista:</b> <i>(Have you ever had surgery? If yes, list)</i>
En caso affirmative explique (if yes explain):		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>F. Por favor déle a año aproximado ese recibió por último una inyección del tétanos?</b> <i>(Please give the approximate year that you last received a tetanus injection)</i>
En caso affirmative explique (if yes explain):		

## II. HISTORIA SOCIAL (SOCIAL HISTORY)

<b>A. Usted utiliza productos del tabaco? Si sí, qué tipo y cuánto?</b> <i>(Do you use tobacco products? If yes, what type and how much?)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>B. Usted bebe el alcohol? Si sí, cuánto por semana?</b> <i>(Do you drink alcohol? If yes, how much per week?)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

## III. HISTORIA OCCUPACIONAL (OCCUPATIONAL HISTORY)

<b>A. Cual es ocupación generalmente comercio?</b> <i>(What is your usual occupation/trade?)</i>
<b>B. Cuántas nbras eran usted reuirieron para levantar en su trabajo pasado?</b> <i>(How many pounds were you required to lift on your last job?)</i>
<b>C. Es usted capaz con frecuencia de levanta 100 libras? Si NO, cuánto puede usted levantar?</b> <i>(Are you capable of frequently lifting 100 pounds? If NO, how much can you lift?)</i>

**D. Usted ha tenido siempre lesión o enfermedad resultante de su empleo?**

*(Have you ever had any injury or illness arising out of your employment?)*

**AVISO: SU FALTA DE CONTESTAR VERAZMENTE A CUALQUIERES PREGUNTAS SOBRE LESIONES ANTERIORES, Las INHABILIDADES U OTRAS CONDICIONES MÉDICAS PUEDE DAR LUGAR a la PÉRDIDA de las VENTAJAS de la REMUNERACIÓN del TRABAJADOR DEBAJO de LSA R.S. 23:1208:1.**

**(NOTICE: YOUR FAILURE TO ANSWER TRUTHFULLY ANY QUESTIONS ABOUT PREVIOUS INJURIES, DISABILITIES OR OTHER MEDICAL CONDITIONS MAY RESULT IN FORFEITURE OF WORKER'S COMPENSATION BENEFITS UNDER LSA R.S. 23:1208:1.)**

**Reconozco que he contestado a todas las preguntas verazmente y he leído y he entendido el AVISO antedicho. \_\_\_\_\_ (iniciales)**

**(I acknowledge that I have answered all questions truthfully and I have read and understood the above NOTICE)**