

HEALTH ASSESSMENT / QUESTIONARIO DE SALUD

Employee Name / Nombre: _____ Date / Fecha: _____

Tel. : _____ DOB / Fecha de Nacimiento: _____

TOPIC / TEMA		YES	NO
Any recent decline in your general health?	<i>Reciente queja general de salud?</i>		
Frequent headaches/migraines	<i>Frecuente dolor de cabeza/migrañas</i>		
Diminished vision/glaucoma	<i>Visión borrosa / glaucoma</i>		
Asthma	<i>Asma</i>		
Pain, pressure or tightness in the chest	<i>Dolor, presión o apretamiento en el pecho</i>		
High blood pressure /	<i>Presión Alta</i>		
Change in energy level	<i>Cambio en nivel de energía</i>		
Heart trouble	<i>Problemas del corazón</i>		
Diabetes	<i>Diabetes</i>		
Allergies	<i>Alergias</i>		
Weakness/ paralysis	<i>Debilidad/parálisis</i>		
Seizure disorder	<i>Convulsiones</i>		
Arthritis	<i>Artritis</i>		
Back Problems or pain	<i>Problema o dolor de espalda</i>		
Fainting, Blackout, Dizziness	<i>Fatiga, Perdida de conocimiento, Mareo</i>		
Hepatitis	<i>Hepatitis</i>		
Neck Problems	<i>Problemas del cuello</i>		
TB SCREENING / DETECCION TB		YES	NO
Unexplained productive cough	<i>Inexplicable tos productiva</i>		
Unexplained weight loss	<i>Inexplicable pérdida de peso</i>		
Unexplained appetite loss	<i>Inexplicable pérdida de apetito</i>		
Unexplained fever	<i>Inexplicable fiebre</i>		
Night sweats	<i>Sudor en las noches</i>		
Shortness of breath	<i>Corto de aliento</i>		
Chest pain	<i>Dolor de pecho</i>		
Increased fatigue	<i>Aumento de fatiga</i>		
Been told you had TB	<i>Le dijeron que tiene TB</i>		
Lived with anyone with TB	<i>Vive con alguien que tiene TB</i>		
Has a positive TB skin test	<i>Tiene un prueba positiva de TB</i>		
If, yes to positive TB skin test, what was the date of most recent chest x-ray?	<i>Si respondiste sí a la prueba cutánea de TB positiva, ¿cuál fue el fecha de la radiografía de tórax más reciente?</i>		
Been exposed to someone with TB	<i>Ha sido expuesto a alguien con TB</i>		
Have you left the country in the past 6 months	<i>Ha salido de la ciudad en los últimos 6 meses</i>		

The World Health Organization (WHO) 30 Tuberculosis High Burden Countries are: Angola, Bangladesh, Brazil, Cambodia, China, Congo, Central African Republic, DPR Korea, DR Congo, Ethiopia, India, Indonesia, Kenya, Lesotho, Liberia, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nigeria, Pakistan, Papua New Guinea, Philippines, Russian Federation, Sierra Leone, South Africa, Thailand, the United Republic of Tanzania, Viet Nam, Zambia and Zimbabwe.

LIST THE NAME OF DRUGS PRESCRIBED FOR ANY OF THE ABOVE CONDITIONS:

ANOTE EL NOMBRE DE LAS DROGAS RECETADAS PARA CUALQUIER CONDICION ANTERIOR:

<u>Name of Drug / Nombre de la Droga</u>	<u>Dose/Frequency / Dosis y Frecuencia</u>	<u>Condition Taken For / Condición</u>

DRUG FREE STATEMENT / ESTADO LIBRE DE DROGA:

I AM FREE OF ANY ADDICTION OR HABITUATION TO DEPRESSANTS, STIMULANTS, NARCOTICS OR ALCOHOLIC SUBSTANCES YES NO
 ESTOY LIBRE DE CUALQUIER ADICCION Y/O HABITO DE DEPRESIVOS, ESTIMULANTES, NARCOTICOS O SUSTANCIAS ALCOHOLICAS SI NO

COMMENTS & EXPLANATIONS / COMENTARIOS Y EXPLICACIONES:

I declare that I have had no injury, illness, or ailment other than as specifically noted above. I understand that any falsification or misrepresentation will be sufficient grounds for termination of employment.

Yo declaro que no tengo o he tenido ninguna herida, enfermedad aparte de las que especifique anteriormente. Entiendo que cualquier falsificación o misrepresentación sera suficiente razón para ser despedido del trabajo.

Employee Signature / Firma: _____ Date / Fecha: _____

Reviewed by RN _____ Follow-Up Required Yes No

Describe: _____