

Periodic Medical Questionnaire

Patient: Address: Employer:  
SSN: DOB: Phone:  
Place of Birth: Sex: \_\_\_ Male \_\_\_ Female  
Marital Status: \_\_\_ Single \_\_\_ Married \_\_\_ Widowed \_\_\_ Separated/Divorced  
Race: \_\_\_ White \_\_\_ Black \_\_\_ Asian \_\_\_ Hispanic \_\_\_ Indian \_\_\_ Other \_\_\_\_\_  
Highest grade completed in school: \_\_\_\_\_  
(ex: 12 years is completion of high school)

---

OCCUPATIONAL HISTORY (HISTORIA OCUPACIONAL)

1. In the past year, did you work full-time (30 hours per week or more) for 6 months or more? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(En el último año, ¿trabajó tiempo completo [30 horas por semana o más] durante 6 meses o más?)

IF YES TO 1A: (SI SI A 1A)

A. In the past year, did you work in a dusty job? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(En el último año, ¿trabajó en un trabajo polvoriento?) Does not apply \_\_\_\_\_  
(No se aplica)

Was dust exposure: Mild \_\_\_\_\_ Moderate \_\_\_\_\_ Severe \_\_\_\_\_  
(Era la exposición al polvo) (Leve) (Moderado) (Severo)

B. In the past year, were you exposed to gas or chemical fumes in your work? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(¿En el último año, verdad expuesto a gas o químico humos en su trabajo?)

Was exposure: Mild \_\_\_\_\_ Moderate \_\_\_\_\_ Severe \_\_\_\_\_  
(Fue la exposición) (Leve) (Moderado) (Severo)

C. In the past year, what was your:  
(En el año pasado, cuál fue tu)

1. Job occupation \_\_\_\_\_  
(Ocupación)
2. Position/job title \_\_\_\_\_  
(Posición / cargo)

PAST MEDICAL HISTORY (HISTORIA médico reciente)

3. Do you consider yourself to be in good health? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(¿Se considera usted que estar en buenas salud?)  
If "No" state reason \_\_\_\_\_  
(Si "NO" razón de estado)

A. In the past year, have you developed:  
(¿En el último año, ha desarrollado)

|  |   |  |                        |
|--|---|--|------------------------|
| Y N Epilepsy? (¿Epilepsia?)                      | Y N Rheumatic fever? (¿Fiebre reumática?) | Y N Kidney disease? (¿Enfermedad del riñón?) | Y N Cancer? (¿Cáncer?) |
| Y N Bladder disease? (¿enfermedad de la vejiga?) | Y N Diabetes? (¿Diabetes?)                | Y N Jaundice? (¿Ictericia?)                  |                        |

Patient:

DOB:

Service Date:

**CHEST COLDS AND CHEST ILLNESSES (PECHO resfriados y ENFERMEDADES CHEST)**

4. If you get a cold, does it "usually" go to your chest? (Usually means more than 1/2 the time) (Si obtiene un resfriado, lo hace "por lo general" Cesta de la pecho? (Por lo general, significa más de 1/2 del tiempo) Yes\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Don't get colds\_\_\_\_\_ (No tener resfriados)

5. During the past year, have you had any chest illnesses that have kept you off work, indoors, at hor, or in bed? (Durante los últimos años, ha tenido alguna enfermedad del pecho que se han mantenido fuera del trabajo, en el interior como en casa, o en la cama?) Yes\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Does not apply\_\_\_\_\_

IF YES TO 5: (SI SI A 5:)

A. Did you produce phlegm with any of these chest illnesses? (¿usted produce flema con cualquiera de estas enfermedades en el pecho?) Yes\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Does not apply\_\_\_\_\_ (No se aplica)

B. In the past years, how many such illnesses with (increased) phlegm did you have which lasted a week or more? (¿Durante los últimos años, cuántos dichas enfermedades con [aumento] flema ha tenido que duró una semana o más?) Number of illnesses\_\_\_\_\_ No such illnesses\_\_\_\_\_ (Número de enfermedades) (Ninguna de estas enfermedades)

**RESPIRATORY SYSTEM (SISTEMA RESPIRATORIO)**

7. In the past year, have you had: (¿En el último año, ha tenido:)

|   | Yes or No<br>(Si o No) | Further comment on positive answers<br>(comentarios sobre Positivo respuestas) |
|---|------------------------|--|
| Asthma (El asma)                                  | _____                  | _____  |
| Bronchitis (bronquitis)                           | _____                  | _____  |
| Hay Fever (Fiebre de heno)                        | _____                  | _____  |
| Other Allergies (Otras alergias)                  | _____                  | _____  |
| Pneumonia (Neumonía)                              | _____                  | _____  |
| Tuberculosis (La tuberculosis)                    | _____                  | _____  |
| Chest Surgery (Cirugía Torácica)                  | _____                  | _____  |
| Other Lung Problems (Otros trastornos pulmonares) | _____                  | _____  |
| Heart Disease (Enfermedad del corazón)            | _____                  | _____  |

8. Do you have: (¿Tienes:)

|  | Yes or No<br>(Si o No) | Further comment on positive answers<br>(comentarios sobre Positivo respuestas) |
|--|------------------------|--|
| Frequent colds (resfriados frecuentes)   | _____                  | _____  |
| Chronic cough (Tos crónica)  | _____                  | _____  |
| Shortness of breath when walking or climbing one flight of stairs (Dificultad para respirar al caminar o subir un tramo o escaleras) | _____                  | _____  |

**Patient:**

**DOB:**

**Service Date:**

---

**9.** Do you:  
(¿Vos si:)

Yes or No (Si o No)

Wheeze (sibilancias)

\_\_\_\_\_

Cough up phlegm (Tos con flema)

\_\_\_\_\_

Smoke cigarettes (fuman cigarillos)

\_\_\_\_\_

Packs per day \_\_\_\_\_  
(paquetes por día)

How many years \_\_\_\_\_  
(Cuántos años)

Applicant's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Firma del solicitante) (Fecha)

Clinician's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Clinician's Name Printed: \_\_\_\_\_