

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 _____ (Número de enfermedades)	No such illnesses _____ (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 (Si o No)	Further comment on positive answers (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 (Si o No)	Further comment on positive answers (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: _____