

Solicitud del Historial Medico

Trabajador/a Lesionado/a _____
 Empleador _____

Fecha de Nacimiento _____
 Fecha de Lesion _____

Proporcione su historial médico para asegurarse de que recibe la atención médica adecuada para su lesión en el trabajo.

Doctor Familiar / Medico de Cabezera y Otros Doctores Tratantes

Nombre	Direccion	Telefono	Condicion que esta sienta tratada

Medicamentos / Recetas

Nombre	Descripcion/Proposito	Dosis	Medico quien receta

Hospitalizaciones y Procedimientos Quirúrgicos

Fecha(s)	Diagnostico/Tratamiento/Procedimiento	Medico	Hospital

Por favor marque para indicar si tiene o alguna vez tuvo cualquiera de las siguientes condiciones:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Úlceras pépticas o del estómago | <input type="checkbox"/> Problemas de rodilla, cadera, o pie |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Problemas de hombro, codo, o muñeca |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Túnel carpiano |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides | <input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones) | <input type="checkbox"/> Trastornos de coagulación sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Cancer - tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Condición psicológica |

Firma _____

Fecha _____