

POST-OFFER-OF-EMPLOYMENT MEDICAL INQUIRY

Completion of this report is requested to assist your employer with the claims management process.

Name Department Position

To the best of your knowledge do you have or have had any of the following medical problems?

Answer YES or NO

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. Epilepsy | ☐ 19. Muscular dystrophy |
| ☐ 2. Diabetes | ☐ 20. Total occupational loss of hearing as defined in Code 34-9-264 |
| ☐ 3. Arthritis | ☐ 21. Compressed air sequelae |
| ☐ 4. Amputated foot, leg, arm or hand | ☐ 22. Ruptured intervertebral disc |
| ☐ 5. Loss of sight of one or both eyes or a partial loss of uncorrected vision of more than 75% bilaterally | ☐ 23. Back conditions (Identify below) |
| ☐ 6. Residual disability from Poliomyelitis | ☐ a. back surgery |
| ☐ 7. Cerebral palsy | ☐ b. degenerative disc disease |
| ☐ 8. Multiple sclerosis | ☐ c. multiple back strains |
| ☐ 9. Parkinson's disease | ☐ d. chronic back pain |
| ☐ 10. Cardiovascular disorders | ☐ e. other (explain) |
| ☐ 11. Tuberculosis | ☐ 24. Neck conditions (Identify below) |
| ☐ 12. Mental retardation , provided the employee's intelligence quotient is such that he falls within the lowest 2% of the general population; provided, however, that it shall not be necessary for the employer to know the employee's actual intelligence quotient of the general population | ☐ a. neck surgery |
| ☐ 13. Psychoneurotic disability following confinement for treatment in a recognized medical or mental institution for a period in excess of six months | ☐ b. degenerative disc disease |
| ☐ 14. Hemophilia | ☐ c. multiple neck strains |
| ☐ 15. Sickle cell anemia | ☐ d. chronic neck pain |
| ☐ 16. Chronic osteomyelitis | ☐ e. other (explain) |
| ☐ 17. Ankylosis of major weight bearing joints | ☐ 25. Knee conditions (Identify below) |
| ☐ 18. Hyperinsulism | ☐ a. left knee surgery |
| | ☐ b. right knee surgery |
| | ☐ c. other (explain) |
| | ☐ 26. Hip replacement surgery |
| | ☐ 27. Any permanent condition that has been rated by a doctor as 20%, or more, impairment to the foot, leg, hand, arm, or to the body as a whole |
| | ☐ 28. Any other chronic medical condition or pre-existing disease (explain below) |

For "yes" responses indicate the nature of injury or illness and name of physician in Remarks.

Remarks

Employee Signature _____ Date

Employer Signature _____ Date

OFERTA DE EMPLEO EN INVESTIGACIÓN MÉDICA

La terminación de este reporte es solicitada para ayudar su empleador con el porceso de el reclamo.

Nombre Departamento Posición

¿Hasta donde usted sabe ha tenido o tiene alguno de los problemas médicos siguientes?

Conteste si o no

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. Epilepsia | ☐ 19. Distrofia Muscular |
| ☐ 2. Diabetes | ☐ 20. Perdida total de la audición laboral como definido en el Código 34-9-264 |
| ☐ 3. Artritis | ☐ 21. Secuela por causa de Aire Comprimido |
| ☐ 4. Amputación de pie, pierna, mano o brazo | ☐ 22. Disco Intervertebral roto |
| ☐ 5. Perdida de vista de un ojo o de ambos o perdida de vista parcial parcial o vista que no pueda ser corregida mas 75% bilateral | ☐ 23. Padecimientos de Espalda (identifique) |
| ☐ 6. Discapacidad Residual por Poliomieltitis | ☐ a. cirugía de la espalda |
| ☐ 7. Parálisis Cerebrar | ☐ b. padecimiento de disco decaído |
| ☐ 8. Esclerosis Múltiple | ☐ c. relajamientos múltiples de espalda |
| ☐ 9. Enfermedad de Parkinson | ☐ d. dolor de espalda crónico |
| ☐ 10. Padecimiento Cardiovascular | ☐ e. otro (explique) |
| ☐ 11. Tuberculosis | ☐ 24. Padecimiento del Cuello (Identifique) |
| ☐ 12. Retraso Mental, siempre y cuando el coeficiente intelectual sea tal que el resultado del empleado caiga dentro del 2% del de la población general, siempre y cuando, sin embargo, no sea necesario que el patrón sepa el coeficiente verdadero del empleado con respecto al de la población general | ☐ a. cirugía del cuello |
| ☐ 13. Incapacidad Psiconeurotica después de haber estado bajo tratamiento en una institución medica o mental reconocida por mas de seis meses | ☐ b. padecimiento de cuello decaído |
| ☐ 14. Hemofilia | ☐ c. relajamientos múltiples del cuello |
| ☐ 15. Anemia Drepanóctica | ☐ d. dolor de cuello crónico |
| ☐ 16. Osteomielitis Crónica | ☐ e. otro (explique) |
| ☐ 17. Anquilosis en las coyunturas que soportan mas peso | ☐ 25. Padecimiento de Rodillas (Identifique) |
| ☐ 18. Hiperinsulinismo | ☐ a. cirugía en la rodilla izquierda |
| | ☐ b. cirugía en la rodilla derecha |
| | ☐ c. otro (explique) |
| | ☐ 26. Cirugía de reemplazo de cadera |
| | ☐ 27. Cualquier padecimiento permanente que su doctor determine como un impedimento de un 20% al pie, pierna, mano o brazo o el cuerpo entero |
| | ☐ 28. Cualquier otro padecimiento medico crónico o enfermedad (explique) |

Para las respuestas de 'Si' indique el origen del padecimiento o lesión y el nombre del medico en Observaciones.

Observaciones:

Firma del Empleado Fecha

Firma del Patrón Fecha