

OFERTA DE EMPLEO EN INVESTIGACION MÉDICA

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

Nombre _____ Departamento _____ Posición _____

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

Conteste si o no

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

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 _____