

# 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. <b>Epilepsia</b>   | <input type="checkbox"/> 19. <b>Distrofia Muscular</b>  |
| <input type="checkbox"/> 2. <b>Diabetes</b>  | <input type="checkbox"/> 20. <b>Perdida total de la audición laboral</b> como definido en el Código 34-9-264  |
| <input type="checkbox"/> 3. <b>Artritis</b>  | <input type="checkbox"/> 21. <b>Secuela por causa de Aire Comprimido</b>  |
| <input type="checkbox"/> 4. <b>Amputación de pie, pierna, mano o brazo</b>   | <input type="checkbox"/> 22. <b>Disco Intervertebral roto</b>   |
| <input type="checkbox"/> 5. <b>Perdida de vista</b> 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. <b>Padecimientos de Espalda</b> (identifique)<br><input type="checkbox"/> a. cirugía de la espalda<br><input type="checkbox"/> b. padecimiento de disco decaído<br><input type="checkbox"/> c. relajamientos múltiples de espalda<br><input type="checkbox"/> d. dolor de espalda crónico<br><input type="checkbox"/> e. otro (explique) |
| <input type="checkbox"/> 6. <b>Discapacidad Residual por Poliomieltis</b>  | <input type="checkbox"/> 24. <b>Padecimiento del Cuello</b> (Identifique)<br><input type="checkbox"/> a. cirugía del cuello<br><input type="checkbox"/> b. padecimiento de cuello decaído<br><input type="checkbox"/> c. relajamientos múltiples del cuello<br><input type="checkbox"/> d. dolor de cuello crónico<br><input type="checkbox"/> e. otro (explique)     |
| <input type="checkbox"/> 7. <b>Parálisis Cerebral</b>  | <input type="checkbox"/> 25. <b>Padecimiento de Rodillas</b> (Identifique)<br><input type="checkbox"/> a. cirugía en la rodilla izquierda<br><input type="checkbox"/> b. cirugía en la rodilla derecha<br><input type="checkbox"/> c. otro (explique)   |
| <input type="checkbox"/> 8. <b>Esclerosis Múltiple</b>   | <input type="checkbox"/> 26. <b>Cirugía de reemplazo de cadera</b>  |
| <input type="checkbox"/> 9. <b>Enfermedad de Parkinson</b>   | <input type="checkbox"/> 27. <b>Cualquier padecimiento permanente que su doctor determine como un impedimento de un 20% al pie, pierna, mano o brazo o el cuerpo entero</b>   |
| <input type="checkbox"/> 10. <b>Padecimiento Cardiovascular</b>  | <input type="checkbox"/> 28. <b>Cualquier otro padecimiento medico crónico o enfermedad (explique)</b>  |
| <input type="checkbox"/> 11. <b>Tuberculosis</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> 12. <b>Retraso Mental</b> , 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. <b>Incapacidad Psiconeurotica</b> después de haber estado bajo tratamiento en una institución medica o mental reconocida por mas de seis meses  |   |
| <input type="checkbox"/> 14. <b>Hemofilia</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> 15. <b>Anemia Drepanóctica</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> 16. <b>Osteomielitis Crónica</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> 17. <b>Anquilosis en las coyunturas que soportan mas peso</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> 18. <b>Hiperinsulinismo</b>   |   |

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 \_\_\_\_\_