



Baseline Evaluation

FECHA: _____

Nombre _____	Domicilio _____
Ciudad _____	Estado _____ Código Postal _____
Numero de Seguro Social _____	Fecha de nacimiento _____ Edad _____
<input type="checkbox"/> Empleado Nuevo <input type="checkbox"/> al azar <input type="checkbox"/> Después de Accidente <input type="checkbox"/> Examen Físico Anual <input type="checkbox"/> Regreso a trabajo	

Physical Examination

General:

Sex: ___ Race: ___ Height: ___ ' ___ " Weight: ___ lbs.

BP: Left ___ / ___ Gait: _____ Speech _____

Disfigurement: _____

Vision: Right 20/ ___ Left 20/ ___ Both 20/ ___

With or w/out corrective lenses. Color Test: _____

Evidence of disease or injury: _____

Hearing: Right ear ___ Left ear ___ Disease or injury _____

Thorax: Heart ___ Pulse ___ Pulse after exercise _____

Lungs _____

Abdomen: Scars ___ Abnormal masses _____

Tenderness ___ Hernia: _____

If so, where? ___ Positive Kidney punch _____

Extremities: Upper ___ Lower _____

Reflexes: Knee Jerks Right ___ Left _____

Spine: _____ Evidence of disease or injury _____

ROM:	Cervical Spine	Lumbar Spine
Flexion	0 1 2 3 P	0 1 2 3 P
Extension	0 1 2 3 P	0 1 2 3 P
Left lateral flexion	0 1 2 3 P	0 1 2 3 P
Right lateral flexion	0 1 2 3 P	0 1 2 3 P
Left rotation	0 1 2 3 P	0 1 2 3 P
Right rotation	0 1 2 3 P	0 1 2 3 P

ROM (grade restriction)Key:
 0=No Restriction 3=Severe Restriction
 1=Mild Restriction P=Pain
 2=Moderate Restriction

Comments _____

Notes _____

Historia De Salud

(Marque la respuesta apropiada)

- | Si | No | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión de Cabeza o de Espina Dorsal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sífilis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Riñón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataques epilépticos, convulsiones, o desmayos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gonorrea |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Muscular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Descarga uretral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Encierro Extensivo a causa de enfermedad o lesión |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ulceras Gastrointestinales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estomago Nervioso |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Cardiovascular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Defecto Permanente causado por enfermedad o lesión |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Nerviosa |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido dolor de Espalda |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido dolor de Cuello |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre usted de Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre Usted de otra enfermedad |

Si usted contesto 'Si' en alguna pregunta. Favor de explicar:

CHECK HERE IF NOT QUALIFIED

Dr.'s/EMT signature _____