**POST-OFFER MEDICAL QUESTIONNAIRE**

**(To be maintained in a separate file of confidential medical records)**

**\*\*Ask your Employer for assistance if there is any question you do not understand\*\***

# Full Name:

**Social Security Number: Date of Birth: / /**

**Gender: ☐ Male ☐ Female Height:**

# Weight:

**NOTICE TO OFFEREES**: In compliance with the Americans with Disabilities Act of 2008 (ADA), you have received a conditional offer of employment. This medical history statement is required of all offerees. The answers to the medical history statement and any medical examination will be kept confidential and in separate files in compliance with the ADA requirements. The job offer, which you have received, is conditioned upon satisfactory completion and review of this medical questionnaire and any required medical examination or follow up.

**GINA DISCLOSURE:** The Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008 (GINA) prohibits employers from requesting or requiring genetic information of an individual or family member of the individual, except as specifically allowed by law. To comply with this law, we are asking that you not provide any genetic information when responding to this request for medical information. "Genetic information" includes an individual's family medical history, the results of an individual's or family member's genetic tests, the fact that an individual or an individual's family member sought or received genetic services, and genetic information of a fetus carried by an individual or an individual's family member or an embryo lawfully held by an individual or family member receiving assistive reproductive services.

**EMPLOYEE AFFIRMATION:** I herewith affirm that the employer has made me an offer of employment, conditioned on, among other things, the satisfactory completion of this questionnaire. The purpose of this inquiry is as follows: (1) to determine whether I currently have the physical qualifications necessary to perform the essential functions of the job that has been offered; (2) to determine what accommodations, if any, may be necessary for me to perform the essential functions of the job; and (3) to determine whether I can perform the essential functions of the job without posing a significant direct threat to the health and safety of myself and others. This information will be kept strictly confidential in a separate medical file, apart from my personnel file. I hereby affirm that the questions in the medical questionnaire have not been asked of me by anyone with the employer until after I have signed this statement and been offered a conditional job. The conditional job duties have been adequately described to me, and I have had an opportunity to ask questions regarding the duties.

I further acknowledge that the offer of employment is revocable in the event of the following: (1) I cannot perform the essential functions of the job with or without reasonable accommodation; (2) I present a direct threat to myself or others; or (3) the provision of a reasonable accommodation would result in an undue hardship to the Company.

## **Respond to each question, and circle Yes or No**

**Have You Ever Had?** **Have You Ever Had?**

Yes No Asthma / allergies at work Yes No Missed work due to Depression or Anxiety

Yes No Migraine headaches Yes No Diabetes

Yes No Head injury Yes No Color blindness

Yes No Fear of heights Yes No Amputated foot, toe, leg, arm, hand or finger

Yes No Heart trouble Yes No Loss of sight of one or both eyes

Yes No Fainting spells or dizziness Yes No Injury to shoulder(s)

Yes No Swelling of the legs or ankles Yes No Multiple sclerosis

Yes No Skin rashes or Eczema Yes No Parkinson’s disease

Yes No Joint pains or Arthritis Yes No Cardiovascular disorder

Yes No Epilepsy Yes No Tuberculosis

Yes No Cancer Yes No Injury to wrist/hand(s)

Yes No Hemophilia Yes No Ruptured disc (neck, upper back or lower back)

Yes No Sickle cell anemia Yes No Infection of bone

Yes No Tendonitis Yes No Muscular dystrophy

Yes No Repetitive Motion Disorder Yes No Injury to feet/ankle(s)

Yes No Stiffness of major weight-bearing joints

Yes No Kidney Problems

Yes No Injury to knee(s)

Yes No Hearing loss?

Yes No An audiogram (hearing test) with abnormal results? If yes, results and date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yes No Glasses to read or for distance?

Yes No Carpal Tunnel Syndrome?

Yes No Broken bones? Which bones? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yes No High blood pressure? If yes, do you take medication to control high blood pressure? Yes No

Yes No Any serious injuries? Month \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nature of the injury \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yes No A hernia or rupture? Month \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yes No Neck pain or problems? Month \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yes No Back pain or problems? Month \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yes No Surgery? Month \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Type?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yes No Ever refused surgery? Why? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yes No Allergic reaction to drugs or chemicals? Which drug/chemical? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yes No Loss of vision of more than 75 percent?

Yes No Psychological/Psychiatric disability following in-patient treatment in excess of one month?

Yes No Permanent condition that constitutes 10% or more impairment of a foot, leg, hand, or arm, or whole body?

Yes No Recreational drug use within the past year?

Yes No Participated in a drug abuse treatment program?

Where and when? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yes No Do you currently take prescription medications? If so, what? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yes No Any condition/injury that could impact your capacity to perform job duties without reasonable accommodation?

**Have you ever been refused employment or unable to hold a job because of?**

Yes No Inability to perform certain motions or inability to assume certain positions

Yes No Other medical reasons? Specify below:

Estimate the number of workdays you lost due to illness/injury in the past two years: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Explain any condition/disease that may impact your ability to perform your job duties:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

How much weight can you lift comfortably unassisted? (circle one below)

Less than 15 pounds 15-25 pounds 25-40 pounds 40+ pounds or more

Has a healthcare provider placed any limitation on your ability to sit, stand, push, pull or lift? (circle one) Yes No

If a healthcare provider placed a limitation on your abilities, detail the limitations:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*Workers’ compensation insurance may check for previous claims. If you had a previous claim or injury, and fail to make us aware of it, you may be denied benefits in the event of a new injury. For your protection, complete this form accurately.\*\*\*

By signing below, the employee is certifying the accuracy of his/her statements.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Print Employee Name

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Employee Signature Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Company Representative Date

**CUESTIONARIO MEDICO POSTERIOR A LA OFERTA**

**(Sera mantenido en un archivo separado de registros médicos confidenciales)**

**\*\*** **Solicite ayuda a su empleador si hay alguna pregunta que no comprenda\*\***

# Nombre Completo:

**Número de seguro social: Fecha de nacimiento: / /**

**Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Altura:**

# Peso:

**AVISO A OFFEREES:** En cumplimiento con la Ley de Los Americanos con Discapacidades de 2008 (ADA), ha recibido una oferta condicional de empleo. Se requiere de todos los candidatos que se les ha ofrecido trabajo condicional este informe con el historial médico. Las respuestas a la declaración del historial clínico y los exámenes médicos serán confidenciales y serán archivados independientemente en cumplimiento con los requisitos de la ley ADA. La oferta de trabajo, que ha recibido, está condicionada a la finalización satisfactoria y revisión de este cuestionario y cualquier examen médico requerido o de cualquier examen médico de seguimiento.

**DIVULGAR GINA:** La Ley de Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA) prohíbe a los empleadores solicitar o requerir información genética de un individuo o un miembro de la familia del individuo, excepto cuando es expresamente permitido por la ley. Para cumplir con esta ley, estamos pidiendo que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. "La información genética" incluye la historia médica de un individuo de la familia, los resultados de pruebas genéticas de un miembro de la familia del individuo o, el hecho de que un individuo o un miembro de la familia del individuo busco o recibió servicios de exámenes genéticos, y la información genética de un feto cargado por un individuo o un miembro de la familia del individuo o un embrión legalmente mantenidos por un individual o familiar que recibe los servicios de asistencia reproductiva.

**AFIRMACIÓN DE EMPLEADOS:** Por lo presente confirmo que el empleador me ha hecho una oferta de trabajo, bajo la condición de, entre otras cosas, la finalización satisfactoria de este cuestionario. El propósito de esta investigación es el siguiente: (1) demostrar que actualmente tengo las calificaciones físicas necesarias para realizar las funciones esenciales del trabajo que se ha ofrecido; (2) para determinar cuáles adaptaciones, si alguna, deben ser necesarias para mí para realizar las funciones esenciales del trabajo; y (3) para determinar si puedo realizar las funciones esenciales del trabajo sin poner en riesgo de una amenaza directa significativa la salud y seguridad de mí mismo y de los demás. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial en un archivo médico separado, aparte de mi archivo personal. Por la presente afirmo que las preguntas en el cuestionario médico no se han preguntado de mí por cualquier persona con el empleador hasta después de haber firmado esta declaración y después que me hayan ofrecido un trabajo condicional. Las funciones del trabajo condicional se me han descrito adecuadamente, y yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de las funciones.

Además, reconozco que la oferta de empleo es revocable en caso de los siguientes: (1) No puedo realizar las funciones esenciales del trabajo con o sin adaptaciones razonables; (2) presento una amenaza directa para mí mismo o para otros; o (3) la provisión de acomodación razonable resultaría en una carga excesiva a la Compañía.

## **Responda a cada pregunta y circule Sí o No**

**¿Alguna vez has tenido?** **¿Alguna vez has tenido?**

Sí No Asma / alergias en el trabajo Sí No Trabajo perdido debido a depresión o ansiedad

Sí No Migrañas Sí No Diabetes

Sí No Lesión craneal Sí No Daltonismo

Sí No Miedo a las alturas Sí No Pie, dedo del pie, pierna, brazo, mano o dedo

Sí No Problemas del corazón amputado

Sí No Desmayos o mareos Sí No Pérdida de la vista de uno o ambos ojos

Sí No Hinchazón de las piernas o tobillos Sí No Lesión en hombro (s)

Sí No Erupciones cutáneas o eccema Sí No Esclerosis múltiple

Sí No Dolores en las articulaciones o artritis Sí No Enfermedad de Parkinson

Sí No Epilepsia Sí No Desorden cardiovascular

Sí No Cáncer Sí No Tuberculosis

Sí No Hemofilia Sí No Lesión en muñeca / mano (s)

Sí No Anemia falciforme Sí No Disco roto (cuello, espalda superior o baja)

Sí No Tendinitis Sí No Infección del hueso

Sí No Trastorno de movimiento repetitivo Sí No Distrofia muscular

Sí No Lesión en pies / tobillo (s)

Sí No Rigidez de las articulaciones principales que soportan peso

Sí No Problemas de riñón

Sí No Lesión en la rodilla (s)

Sí No ¿Pérdida de la audición?

Sí No ¿Un audiograma (prueba de audición) con resultados anormales?

En caso afirmativo, resultados y fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Lentes para leer o para distancia?

Sí No ¿Síndrome del túnel carpiano?

Sí No ¿Huesos rotos? ¿Cuáles huesos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuando?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Alta presión sanguínea? En caso afirmativo, ¿toma medicamentos para controlar la presión alta? Sí No

Sí No ¿Alguna herida grave? Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Naturaleza de la lesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Una hernia o ruptura? Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No Dolor o problemas de cuello? Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Dolor de espalda o problemas? Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Cirugía? Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Tipo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Alguna vez rechazó cirugía? ¿Por qué?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Reacción alérgica a drogas o productos químicos? ¿Cuál droga/químico?\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Pérdida de visión de más del 75 por ciento?

Sí No ¿Discapacidad psicológica/psiquiátrica después de tratamiento hospitalario por más de un mes?

Sí No ¿Condición permanente que constituye una discapacidad de 10% o más de un pie, pierna, mano, brazo o

del cuerpo entero?

Sí No ¿Uso recreativo de drogas en el último año?

Sí No ¿Participó en un programa de tratamiento de abuso de drogas?

¿Dónde y cuando?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Actualmente toma medicamentos recetados? ¿Cuales?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Alguna condición / lesión que pueda afectar su capacidad para realizar tareas laborales sin ajustes razonables?

**¿Alguna vez se le ha negado el empleo o no puede mantener un trabajo debido a?**

Sí No Incapacidad para realizar ciertos movimientos o incapacidad para asumir ciertas posiciones

Sí No ¿Otras razones médicas? Especifique a continuación:

Estime la cantidad de días de trabajo que perdió debido a una enfermedad / lesión en los últimos dos años: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Explique cualquier condición / enfermedad que pueda afectar su capacidad para realizar sus tareas laborales:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuánto peso puede levantar cómodamente sin ayuda? (circule uno abajo)

Menos de 15 libras 15-25 libras 25-40 libras 40 libras o más

¿Algún proveedor de atención médica ha colocado alguna limitación en su capacidad para sentarse, pararse, empujar, jalar o levantar? (circule uno) Sí No

Si un proveedor de atención médica impuso una limitación en sus habilidades, detalle las limitaciones:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*El seguro de compensación para trabajadores puede verificar reclamos anteriores. Si tuvo un reclamo o lesión anterior y no nos informa, se le pueden negar los beneficios en caso de una lesión nueva. Para su protección, complete este formulario con precisión. \*\*\*

Al firmar a continuación, el empleado certifica la exactitud de sus declaraciones.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba el nombre del empleado

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del empleado Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante de la compañía Fecha