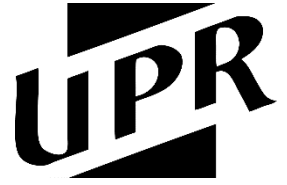




RECINTO CIENCIAS MÉDICAS - UPR
Medical Sciences Campus
 DECANATO DE ADMINISTRACIÓN
Deanship of Administration
 OFICINA CASSO
CASSO Office
 CLINICA DE SALUD OCUPACIONAL
Occupational Health Clinic



HOJA DE SEGUIMIENTO HISTORIAL DE SALUD
Follow –Up Health History Form

Nombre y Apellidos: _____ Fecha: _____
Name and Last Name Today's Date

Departamento: _____ Decanato: _____ Programa _____
Department Deanship Academic Program

Correo Electrónico _____ Teléfono: _____
e-mail Phone Number

Para reevaluar los riesgos de salud al trabajar con animales, favor de contestar las siguientes preguntas: *To re-asses your health risks when working with animals, please answer the following questions:*

1. En el último año, ¿Ha tenido alguna condición de salud o condición existente que necesite comunicar al médico de la clínica de salud ocupacional o la de salud estudiantil?

Have you had any health condition during the past year or actual state that should communicate to the OHC's physician or the student health clinic?

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, mencione la condición: *If your response is yes, please mention the health conditions:*

2. En el último año, ¿Ha tenido cambios significativos en el área de trabajo? (Por ej.: especie animal, agente infeccioso, tipo de laboratorio, químicos, tareas, etc.)

Have you had any significant changes in your working area during the past year? (Ex: animal species, infectious agent, type of lab, chemicals, duties, etc.)

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, indique el/los cambios: *If your response is yes, please indicate the changes:*

3. En el último año, ¿Ha sido tenido alguna cirugía debido a alguna condición?

In the last year, have you had surgery for any condition?

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, indique el tipo de cirugía: *If your response is yes, please indicate what type of surgery:*

4. En el último año, ¿Ha sufrido algún accidente o lesión ocupacional?

In the last year, have you suffered any accidents or occupational injuries?

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, indique el tipo de accidente o lesión: *If your response is yes, please describe the accident or occupational injury:*

5. En el último año, ¿Ha sido reubicado(a) de su área de trabajo?

In the last year, have you been relocated from your work area?

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, indique la causa: *If your response is yes, please indicate the reason for your relocation:*

6. En el último año, ¿Ha sido modificada su área de trabajo de forma significativa?

In the last year, has your work area been significantly modified?

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, diga el tipo de modificación: *If your response is yes, please indicate the type of modifications:*

7. ¿Actualmente está en tratamiento de alguna condición de salud?

Are you currently being treated for any health condition?

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, indique el/los tratamiento/s: *If your response is yes, please state the type of treatment(s):*

8. ¿Actualmente está en tratamiento en la **Corporación del Fondo de Seguro del Estado (CFSE)**, por alguna condición y/o lesión ocupacional?

Are you currently undergoing treatment at CFSE for any occupational condition and injury?

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, indique el tipo de tratamiento: *If your response is yes, please state the type of treatment:*

Firma / Signature

Fecha / Date

Empleado (Employee)

Estudiante (Student)

Una vez complete la información envíelo a:
Once you complete the information send it to:

Una vez complete la información envíelo a:
Once you complete the information send it to:

juanita.riveral@upr.edu

serviciosmedicosestudiantes.rcm@upr.edu