

# CMG HEALTH PROVIDER FORM

Revised 9/06

PATIENT'S NAME: Angel

65  
172

**VISION**

Vision Without Glasses

Vision With Glasses ( \_\_\_ N/A)

Distant std. Type: Right 20/20 Left 20/20

Right \_\_\_ Left \_\_\_

Color Blind Pass

ALLERGIES: Ø

ABILITY TO WORK 6-10' ABOVE GROUND LEVEL

**BACK AND LIMB HISTORY**

Do you have or have you ever had:

YES | NO

- |                             |                          |                                     |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. Injured Knee             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Injured Elbow            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Injured Arm or Shoulder  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Catches in the Back/Pain | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Dislocation              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Broken Bones             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Foot or Ankle Trouble    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. Slipped Disc             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

YES | NO

- |   |                          |                                     |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 9. Disc Trouble   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10. Pain/Swelling of Joints                             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11. Hand or Wrist Pain                                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12. Neck Pain   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13. Muscle Sprain or Strain                             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14. Back Strain or Sprain                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15. Physical Restrictions Regarding<br>Any of The Above | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16. Other   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Please explain ALL "YES" answers:

(Please include dates of injury.)

I have reviewed the answers to the "Back and Limb History" above and state that these answers have been recorded accurately and are true and complete responses to these questions.

Date: 1/10/08

Applicant Signature: Angel Soto

Check whether:

Normal (N), Abnormal (A), Not Performed (O)

- |                          |                                     |   |                          |   |                          |   |
|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 1. Eyes                  | <input checked="" type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | O |
| 2. Visual Field          | <input checked="" type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | O |
| 3. Hernias               | <input checked="" type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | O |
| 4. Spine                 | <input checked="" type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | O |
| 5. Extremities           | <input checked="" type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | O |
| 6. Hand Function         | <input checked="" type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | O |
| 7. Neurological, General | <input checked="" type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | O |
| 8. Lung Capacity         | <input checked="" type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | O |

COMMENTS: (Exam notes/results)

PFT's > OK > Passed

Exam - Difficult due to communication barrier. However, complete exam performed, and within normal limits

Heidi Thorsen PA-C



# Suzlon Rotor Corp.

## Questionario de Salud para empleados

Nombre: ~~XXXXXXXXXX~~ Angel Suero - C  
Telephone: 507 727-0001  
Trabajo aplicado: Mould  
Defenicion:

\*Porfavor responda a toda las preguntas\*  
\*Indique su respuesta poniendo un circulo alrededor del si o no. Preguntas que puso no, hable con su doctor.

Occasional= 1-33% de una hora de trabajo  
Frecuencia= 34-66% de una hora de trabajo  
Constantemente=67-100% de una hora de trabajo

### Horario General

- Usted puede trabajar 10 horas diarias?  
 SI  NO
- Usted puede trabajar 2.5 horas sin descanso?  
 SI  NO
- Usted puede trabajar 5 horas hasta el almuerzo?  
 SI  NO

### Fuorsa Fisica

- Usted puede estar parado por 10 horas diarias?  
 SI  NO
- Usted puede empujar objetos usando fuorsa?  
 SI  NO
- Usted puede halar objetos usando fuorsa?  
 SI  NO

### Levantando y Yevando

- Usted puede levantar 20 libras constantemente?  
 SI  NO
- Usted puede levantar 50 libras Occasionalmente?  
 SI  NO
- Usted puede yevar 20 libras constantemente?  
 SI  NO
- Usted puede yevar 50 libras Occasionalmente?  
 SI  NO
- Usted puede levantar objetos del nivel de una mesa?  
 SI  NO
- Usted puede levantar objetos del piso?  
 SI  NO
- Usted puede levantar objetos pesados?  
 SI  NO

### Requisitos fisicos generales

- Usted se puede balansiar con objetos?  
 SI  NO
- Usted puede estirarse al piso mientras parado?  
 SI  NO
- Usted puede estirarse mientras esta parado?  
 SI  NO
- Usted puede alcanzar arriba de sus basos

constantemente en su turno?

SI  NO

Usted puede estirase 18 pulgadas asia fuera?

SI  NO

Usted puede estirar y moverse en su region de su pecho o sintura para trabajar?

SI  NO

### Utilisacion de sus manos

#### Munecas/brasos/y mosion del cuerpo

Usted puede sentir con su dedos y usar tornios si que usted no lo mire?

SI  NO

Usted puede usar pisotlas de aire, y eramientas electricas, y botones con las dos manos?

SI  NO

Usted puede operas pedales de pies con los dos pies?

SI  NO

Usted puede doblar y mover la cabeza con frecuencia?

SI  NO

Usted puede doblar su espalda frecuentemente?

SI  NO

Usted puede repetire trabajo con una o las dos Manos?

SI  NO

Usted puede repetire trabajos con su cuerpo?

SI  NO

Usted puede trabajor repetitivamente usando objetos de 1 a 10 libras?

SI  NO

### Vista

Usted tiene la vista clara asta 20 pulagdas?

SI  NO

Usted tiene la vista clara asta 20 pies?

SI  NO

Usted tiene vision clara?

SI  NO

Sus ojos de usted pueden enfocar en objetos



que se mueven?

SI  NO

Usted puede subir escaleras? Mas de 5?

SI  NO

### Manos

Su mano dominante es 100% funcionante por lo menos 100% del tiempo de un turno de 10 horas?

SI  NO

Su mano no-dominante es 50% funcionate por lo menos 100% del tiempo de un turno de 10 horas?

SI  NO

Sus dos manos pueden funsionarles y ayudarlos en moviendo objetos?

SI  NO

Pueden sus dos manos pueden agarrar objetos repetidamente?

SI  NO

Pueden sus dos manos agarrar objetos repitament

bajo 2 libras?

SI  NO

Pueden sus dos manos agarrar objetos repitament

arriba de 2 libras?

SI  NO

Pueden sus dos manos mantener objetos en la palma

de sus manos?

SI  NO

Pueden sus dos manos soltar objetos que tengan?

SI  NO

Pueden sus dedos gordos y otros dedos tocar y sentir constantement?

SI  NO

Pueden sus dos manos levantar objetos con una pression de 15 libras?

SI  NO

Pueden sus dos manos peyiscar objetos constantemente?

SI  NO

### Caracteristicas Mentales y

#### Relaciones Humanas

Usted puede seguir instrucciones escritas, orales, y en formas?

SI  NO

Usted puede sumar y subtrair sumas simples?

SI  NO

Usted puede leer y copiar figuras o contar Objetos y escribir informacion correctamente?

SI  NO

Usted tiene la abilida de entender y accordarse de informasion escrita o verbal?

SI  NO

Usted tiene la habilidad de hacer su trabajo independientemente sin supervision?

SI  NO

Usted tiene la habilidad de comunicarse y actuar con otros empleados y supervisores?

SI  NO

Usted puede trabajar en una situasion con mucho estress?

SI  NO

### Ambiente del Trabajo

Usted puede trabajar adentro constantemente?

SI  NO

Usted puede trabajar en temperaturas variando de

60 a 90 grados?

SI  NO

Usted puede trabajar en lugares con ruido?

SI  NO

Usted puede trabajar en lugares con vibraciones?

SI  NO

Usted puede trabajar alrededor de macinaria que se mueve?

SI  NO

Usted puede trabajar alrededor de polbo, gasses, y olores?

SI  NO

Usted puede usar una maskara de respirar?

SI  NO

Usted puede trabajar con air frio?

SI  NO

Usted puede trabajar alrededor de materiales, aseites, o gasses que puedan causar alergias sensitivas?

SI  NO

Usted se puede parar en pisos de cementos frequentemente o por largos tiempos?

SI  NO

Usted puede trabajar en niveles de 6 a 10 pies?

SI  NO

*Las preguntas que contesto "NO" porfavor diga que hasistencia or accomodasion le podamos dar para que usted pueda hacer su trabajo correcto.*

---

---

---



**Historia de Oreja**

Usted a tenido problemas de orija? SI/NO  NO  
Usted le han tenido medimiento de la Ooeja? SI/NO  
Si le han medido su sonido como estuvo?  Excelente  Bien  Pobre  
Usted a estado en lugares con ruido alto? SI/NO  
Usted a tenido ruido constantemente por Un tabajo? SI/NO  NO

En los ultimos 10 anos, an algunos medicos (incluyedo chiropracticos) puesto a usted en resticciones medicas? Esto incluye resticciones mentales, fisicas a usted? SI/NO  NO

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

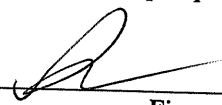
Usted a submitido una forma para que sus recivos medicos lo pagen su trabajo? SI/NO  NO  
A usted los han hospitalisado en los ultimos 5 anos por rasones fisicas o mentales? SI/NO  NO

**Porfabor leyer y firmar**

Yo sertifico que e contestado estas preguntas a lo mejor de mi memoria y e contestado honestamente. Yo tambien sertifico que voy a contestar todas las preguntas correctamente que me pregunten cuando yo me haga mi examen fisico de "antes de que empiese empleo con Suzlon".

Yo entiendo que si falsifique cualquier parte de toda esta informasion en esta forma o en el examen fisico, puede poner a reiesgo mis chances de mantener el empleo con Suzlon. Esto es sierto por si la compania se da cuenta de algo falso en una fecha futura. Yo tambien pongo mi autoritasion que cualquier medico, especialista, hospital o cualquier institucion por esta forma para que ponga informasion en mis records, Y tambien que pongan toda informasion mia que tengan mientras estuve en supervision o tratasion medica. Y finalmente, Yo dare el proveedor medico mi autorisasion que de mi informasion medica a mi empleador o culquier opinion medica que quieran ellos.

10-1-08  
\_\_\_\_\_  
Fecha

  
\_\_\_\_\_  
Firma

