

**OUTPATIENT/EMPLOYMENT/DRIVERS LICENSE PHYSICAL MEDICAL FORM**

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Date of Birth \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Eye Color \_\_\_\_\_ Chart # \_\_\_\_\_  
 Social Security Number \_\_\_\_\_ Driver's ID Number (if applicable) \_\_\_\_\_

**Please answer the following questions to the best of your ability:**

List any medical conditions or diseases you have:  
*Indique las condiciones médicas o enfermedades que tienes:*

List all medications you take:  
*Indique todos los medicamentos que tomas:*

List dates and causes of hospitalizations, surgeries or other medical procedures: YES NO  
SI NO  
*Indique las fechas y causas de hospitalización, cirugías y otros procedimientos médicos:*

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Do you have any diseases of the nervous system or a brain injury?<br><i>Tiene usted un desorden neurológico que prevendría control razonable de un carro?</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Do you have any heart or circulation problems such as high blood pressure, Numbness of feet or legs, irregular heartbeat, etc.?<br><i>Tiene usted problemas con el Corazón? Problema circulatorios? La hipertension Que prevendría usted se puede controlar un carro?</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Do you have any psychological problems that have been treated by a Doctor now or in the past?<br><i>Tienes un desorden mental en relación con una enfermedad del sistema nervioso Que le impida conducir?</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Do you have Diabetes or high blood sugar?<br>If yes, is it under control with the help of medications and your Doctor?<br><i>La Diabetes incontrollable?</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Do you have Epilepsy or a seizure disorder?<br>If yes, is it under control with the help of medications and your Doctor?<br>If yes, when was the date of your last seizure: _____<br><i>Hay alguna enfermedad que puede causar fallos repetidos de inconsciencia como la epilepsia, la Narcolepsia o la histeria? La Epilepsia incontrolable?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Do you have limited use or amputation of your legs or arms?<br><i>La inmovilidad o la Amputación de las piernas o brazos?</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Have you ever lost consciousness more than once?<br>If yes, please list when it happened and why: _____<br><i>Alguna vez ha perdido el conocimiento más de una vez? Si dice que sí, por favor indique cuando sucedió y por qué.</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Do you drink alcoholic beverages?<br>If yes, how much do you drink in a week: _____<br><i>Consumo bebidas alcohólicas?</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Do you use narcotics or illegal drugs?<br>If yes, what do you use and how often: _____<br><i>Usted utiliza drogas ilegales o narcóticos? Si dice que sí, que es lo que utiliza y con qué frecuencia?</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Do you have any known allergies to medications or other substances?<br>If yes, what allergies do you have? _____<br><i>Tiene alguna alergia a medicamentos u otras sustancias?</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 (Firma) (Fecha)