



POST HIRE ONLY **Personal Health History Questionnaire**

Confidentiality Notice: This form is completed after an employment offer has been made. It is intended solely to assess the ability of the employee to perform job-related duties safely and to comply with workplace health and safety regulations. This document will be kept confidential and separate from personnel records in compliance with HIPAA, ADA, and applicable state laws.

Job-Related Health Questions:

1. Do you have any medical conditions that may affect your ability to perform the essential functions of your job, with or without reasonable accommodation? Yes No
If yes, please describe: _____
2. Have you been advised by a medical professional to refrain from certain physical activities required for your job? Yes No
If yes, please explain: _____
3. Are you currently taking any medications that may impact your ability to perform your job duties safely? Yes No
If yes, please list (optional): _____
4. Do you have any allergies or conditions that require workplace accommodations?
 Yes No
If yes, please specify: _____
5. Do you currently have any physical limitations or require accommodations to perform your job safely? Yes No
If yes, please describe: _____

Acknowledgment & Signature: I certify that the information provided is accurate and complete to the best of my knowledge. I understand that providing false or misleading information may result in termination of employment. I also acknowledge that this information will be kept confidential and used solely for the purpose of assessing job-related fitness and necessary accommodations.

Signature: _____ **Date:** _____



POST HIRE ONLY **Personal Health History Questionnaire**

Aviso de Confidencialidad: Este formulario se completa después de que se haya hecho una oferta de empleo. Su único propósito es evaluar la capacidad del empleado para desempeñar sus funciones laborales de manera segura y cumplir con las regulaciones de salud y seguridad en el trabajo. Este documento se mantendrá confidencial y separado de los registros de personal, en cumplimiento con HIPAA, ADA y las leyes estatales aplicables.

Preguntas Relacionadas con la Salud Laboral:

1. ¿Tiene alguna condición médica que pueda afectar su capacidad para realizar las funciones esenciales de su trabajo, con o sin adaptaciones razonables? Sí No
Si su respuesta es sí, por favor describa: _____
2. ¿Alguna vez un profesional médico le ha aconsejado que evite ciertas actividades físicas requeridas en su trabajo? Sí No
Si su respuesta es sí, por favor explique: _____
3. ¿Actualmente toma algún medicamento que pueda afectar su capacidad para desempeñar sus funciones laborales de manera segura? Sí No
Si su respuesta es sí, por favor indique (opcional): _____
4. ¿Tiene alguna alergia o condición que requiera adaptaciones en el lugar de trabajo?
 Sí No
Si su respuesta es sí, por favor especifique: _____
5. ¿Actualmente tiene alguna limitación física o requiere adaptaciones para desempeñar su trabajo de manera segura? Sí No
Si su respuesta es sí, por favor describa: _____

Reconocimiento y Firma: Certifico que la información proporcionada es precisa y completa según mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa puede resultar en la terminación de mi empleo. También reconozco que esta información se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente con el propósito de evaluar mi capacidad para desempeñar el trabajo y determinar las adaptaciones necesarias.

Firma: _____ **Fecha:** _____