



**Informe médico elaborado por el solicitante**  
**CONFIDENTIAL**

**Applicant Medical Self Report CONFIDENTIAL**

**Applicant Name:**  
**Nombre del solicitante:**

**Medical History**  
**Historial médico**

What is the date of your last physical exam (if known)?  
¿En qué fecha se hizo su último examen físico (si la conoce)?

Current and/or past diagnosis – Have you ever been diagnosed with any of the following conditions? Please check all that apply and provide comments, if applicable. *For license renewal, please include the last three (3) years.*  
Diagnósticos actuales y pasados – ¿alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes trastornos? Márquelos y escriba comentarios, si corresponde. *Para renovación de licencia, incluya los últimos tres (3) años.*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heart Disease:             | <input type="checkbox"/> Stroke:                  | <input type="checkbox"/> Hypertension               |
| <input type="checkbox"/> Cancer:                    | <input type="checkbox"/> Mental Health Condition: | <input type="checkbox"/> Heart Attack               |
| <input type="checkbox"/> Chronic Medical Condition: | <input type="checkbox"/> Kidney Disease           | <input type="checkbox"/> Impaired Hearing           |
| <input type="checkbox"/> Hereditary Condition(s):   | <input type="checkbox"/> Allergies                | <input type="checkbox"/> Respiratory Condition      |
| <input type="checkbox"/> Seizure Disorder:          | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Impaired Sight             |
| <input type="checkbox"/> Orthopedic Problems:       | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease          | <input type="checkbox"/> Other Condition or Injury: |
| <input type="checkbox"/> Autoimmune Disease:        | <input type="checkbox"/> Chronic Pain             |   |

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca:       | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular: | <input type="checkbox"/> Hipertensión             |
| <input type="checkbox"/> Cáncer:                    | <input type="checkbox"/> Trastorno de salud mental: | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco          |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica:        | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal           | <input type="checkbox"/> Problemas de audición    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades hereditarias: | <input type="checkbox"/> Alergias                   | <input type="checkbox"/> Trastorno respiratorio   |
| <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo:      | <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista    |
| <input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos:     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides     | <input type="checkbox"/> Otro trastorno o lesión: |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune:     | <input type="checkbox"/> Dolor crónico              |   |

Are you currently under a physician’s care for any of the diagnoses or injuries listed above?  No  Yes  
If yes, please list diagnoses/injuries:

Have you ever participated in counseling (e.g. individual, family, group, etc.)? *For license renewal, please include the last three (3) years.*

- No  Prefer to discuss in person  Yes (optional comments)

¿Actualmente recibe atención médica por alguno de los diagnósticos o las lesiones que se mencionaron?  No  Sí  
Si contestó que sí, escriba los diagnósticos o lesiones:

¿Alguna vez ha recibido terapia (individual, familiar, grupal, etc.)? *Para renovación de licencia, incluya los últimos tres (3) años.*

- No  Prefiero abordar este tema en persona  Sí (comentarios opcionales)

Please list any surgeries or hospital stays you have had and their approximate date.

Type of surgery/reason for hospitalization \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Escriba los procedimientos quirúrgicos y hospitalizaciones que haya tenido y sus fechas aproximadas.

Tipo de operación/motivo de la hospitalización \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Additional Comments**  
**Comentarios adicionales**

Do you have any additional comments you want to include in your medical history?  Yes  No  
¿Tiene comentarios adicionales que desee incluir en su historial médico?  Sí  No

**Signature**  
**Firma**

I declare that the above information is true and correct to the best of my knowledge.  
Declaro que la información anterior es verdadera y correcta en la medida de mi conocimiento.

APPLICANT NAME NOMBRE DEL SOLICITANTE	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO
APPLICANT SIGNATURE FIRMA DEL SOLICITANTE	DATE FECHA