

Employee / Empleado: _____

PHYSICAL DEMANDS/ DEMANDAS FÍSICAS: N/P = Not Present / Ausentes 0% of the time/0% del tiempo
O = Occasionally / Ocasionalmente 5-33% of work hours /5-33% de horas laborales
F = Frequently / Frecuentemente 34-66% of the time /34-66% del tiempo
C = Constantly / Constantemente 67% or more of the time /67% o más del tiempo

	N/P	O	F	C	Description / Descripción
1. Balancing / Equilibrarse					
2. Carrying*/ Transportar*					
3. Climbing / Subir					
4. Crawling / Arrastrarse					
5. Crouching / Agacharse					
6. Driving / Conducir					
7. Fingering / Digitar					
8. Handling*/ Manejar*					
9. Hearing / Escuchar					
10. Kneeling / Arrodillarse					
11. Lifting*/ Elevarse*					
12. Overhead Work/Trabajo en altura					
13. Pulling*/ Tirar*					
14. Pushing*/ Empujar*					
15. Reaching / Alcanzar					
16. Sitting / Sentarse					
17. Standing / Pararse					
18. Stooping / Encorvarse					
19. Talking / Hablar					
20. Twisting / Torcerse					
21. Vision / Visión					
22. Walking / Caminar					
23. Other / Otros					

* Please indicate heaviest weight by frequency in appropriate column./* Indique el mayor peso por frecuencia en la columna correspondiente.

Employer/Empleador: Date modified job is available / La fecha de trabajo modificada está disponible: _____

Wage/Salario: _____ (per hour/week/year)/(por hora/semana/año)

Comments/Comentarios: _____

Employer Signature / Firma del empleador: _____ Date/Fecha: _____

Physician/Médico: I approve the attached job description / Apruebo la descripción de trabajo adjunta. Yes/Sí No/No

If no, reasons for disapproval / recommended modifications | En caso de responder negativamente, dar los motivos de la desaprobarción / modificaciones recomendadas: _____

Physician Signature / Firma del médico: _____ Date/Fecha: _____

Physician Name (please print)/ Nombre del médico (en letra imprenta) _____