



## Aplicación de Empleo

### Información del Aplicante

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer I.M.*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Dirección Apartamento/Unit #*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado ZIP Code*

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Cedula de Conducir #: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Fecha disponible: \_\_\_\_\_ Numero Social: \_\_\_\_\_ Salario Requerido: \$ \_\_\_\_\_

Posición Solicitada: \_\_\_\_\_

¿Es usted Ciudadano de EU?  SI  NO ¿Si NO, está usted autorizado para trabajar en los EU?  SI  NO

¿A usted trabajado para esta compañía anteriormente?  SI  NO ¿SI, cuando? \_\_\_\_\_

¿A usted estado convicto por algún crimen?  SI  NO

SI, explique: \_\_\_\_\_

¿Puede usted trabajar los fines de semana?  SI  NO ¿Tiene usted Automóvil?  SI  NO

NO, como piensa transportarse al trabajo: \_\_\_\_\_

¿Usted fuma?  SI  NO ¿Usted consume droga o' toma algún medicamento?  SI  NO

SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna condición física que le dificulte el trabajo?  SI  NO

SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Puedes cargar o levantar 50 libras sin problema?  SI  NO

NO, por favor explique: \_\_\_\_\_

Ha tenido en el pasado o actualmente algún problema con dolor de: espalda, brazo, piernas, manos, muñeca, rodillas, pies, cuello o cualquier otra parte de su cuerpo? SI  NO   
Si su respuesta es Si, a lo anterior, explique en detalle: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna lesión o cirugía a continuación: espalda, brazo, piernas, manos, muñeca, rodillas, pies, cuello o cualquier otra parte de su cuerpo? SI  NO   
Si su respuesta es Si, a lo anterior, explique en detalle: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido algún problema con su visión en el pasado? SI  NO   
Si su respuesta es Si, a lo anterior, explique en detalle: \_\_\_\_\_

¿Parece de presión alta? SI  NO  ¿Parece de presión baja? SI  NO

¿Toma algún medicamento para la presión arterial? SI  NO

Tiene o ha tenido en el pasado alguno de los siguientes:

- |   |  |  |                                      |
|---|--|--|--------------------------------------|
| Problema Cardíaco<br><input type="checkbox"/> | Cáncer<br><input type="checkbox"/>       | Sangramiento<br><input type="checkbox"/> | Desmayos<br><input type="checkbox"/> |
| Fatiga<br><input type="checkbox"/>            | Convulsiones<br><input type="checkbox"/> | Diabetes<br><input type="checkbox"/>     | Otra<br><input type="checkbox"/>     |

Por favor explique en detalle: \_\_\_\_\_

¿Tienes alguna alergia? SI  NO  Si, explique: \_\_\_\_\_

¿Aceptas una verificación de antecedentes? SI  NO  sí NO, explique: \_\_\_\_\_

**NUESTRA EMPRESA ES UN LUGAR DE TRABAJO SIN DROGAS**

**REALIZAREMOS UNA PRUEBA DE DROGAS PREVIO AL EMPLEO Y PRUEBA AL AZAR DURANTE SU EMPLEO**

¿Aceptará una prueba de drogas previa al empleo y al azar durante el empleo? SI  NO   
Si su respuesta es No, a lo anterior, explique en detalle: \_\_\_\_\_

*La Empresa cubrirá el costo de la prueba de drogas, sin embargo, si es contratado y decide dejar su empleo antes del período de prueba de 90 días, el costo de la prueba de drogas previa al empleo se deducirá desde su cheque de pago final*

## Educación

Escuela Secundaria: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ ¿Te graduaste?  SI  NO Diploma: \_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ ¿Te graduaste?  SI  NO Diploma: \_\_\_\_\_

Otra: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ ¿Te graduaste?  SI  NO Diploma: \_\_\_\_\_

## Referencias

*Enumere tres referencias profesionales:*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## Servicio Militar

Rama: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Rango al alta: \_\_\_\_\_ Tipo de descarga: \_\_\_\_\_

Si alta no fue honorable, por favor explique: \_\_\_\_\_

## Empleo Previo

Empresa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Salario Inicial:\$ \_\_\_\_\_ Salario Final:\$ \_\_\_\_\_

Responsabilidades: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ ¿Razón que se fue? \_\_\_\_\_

¿Podemos contactar a su supervisor anterior para una referencia?      SI      NO  
     

Empresa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Salario Inicial:\$ \_\_\_\_\_ Salario Final:\$ \_\_\_\_\_

Responsabilidades: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ ¿Razón que se fue? \_\_\_\_\_

¿Podemos contactar a su supervisor anterior para una referencia?      SI      NO  
     

Empresa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Salario Inicial:\$ \_\_\_\_\_ Salario Final:\$ \_\_\_\_\_

Responsabilidades: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ ¿Razón que se fue? \_\_\_\_\_

¿Podemos contactar a su supervisor anterior para una referencia?      SI      NO

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO, INFORMACION VOLUNTARIA

La información solicitada cumple con las leyes federales. Brindamos igualdad de oportunidades de empleo y podemos preguntarle a su origen nacional, raza, edad y sexo solo con fines de planificación e informes. Esta información es opcional y no proporcionarla no tendrá ningún efecto en su solicitud de empleo. Cualquier información proporcionada por usted es totalmente voluntaria y no influirá, pondrá en peligro ni se considerará para fines de empleo.

Raza:	Afroamericano <input type="checkbox"/>	Asiático <input type="checkbox"/>	Nativo Hawaiano/Islandico <input type="checkbox"/>	Blanco <input type="checkbox"/>
Etnicidad:	Hispano o Latino <input type="checkbox"/>	No Hispano o Latino <input type="checkbox"/>		
Idiomas Hablados:	_____ , _____			
Idiomas Escritos:	_____ , _____			

**Descarga de Responsabilidad**

- 1- ENTIENDO ESTA POSICIÓN (SI ES CONTRATADO) ESTARÁ SUJETO A UN PERÍODO DE PRUEBA DE 90 DÍAS. DESPUÉS DE LOS 90 DÍAS, LA PRUEBA ES CUANDO SERÁ UNA POSICIÓN PERMANENTE.
- 2- ENTIENDO Y ACEPTO HACER UNA PRUEBA DE DROGAS PRE-EMPLEO Y PRUEBAS DE DROGA ALEATORIAS EN TODO EL EMPLEO.
- 3- CERTIFICO QUE TODAS MIS RESPUESTAS DADAS AQUÍ SON VERDADERAS Y CORRECTAS Y QUE LA INFORMACIÓN DADA AQUÍ HA SIDO ENTREGADA MISMO VOLUNTARIA.
- 4- ENTIENDO Y ACEPTO QUE, COMO PARTE DEL PROCEDIMIENTO DE EMPLEO DE EMPRESA, SE PUEDEN VERIFICAR MIS REFERENCIAS PERSONALES Y DE EMPLEO Y QUE CUALQUIER FALSA, OMITIDA, MAL REPRESENTADA O INCORRECTA ENTREGADA POR MÍ, INCLUIDA EN ESTA APLICACIÓN O SUMINISTRADA DURANTE MI ENTREVISTA SERÁ CAUSA DE DESCARGA INMEDIATA SI ES CONTRATADO.
- 5- ENTIENDO Y ACEPTO QUE PODRÁ SER REQUERIDO QUE SUMINISTRE UNA PRUEBA DE EDAD, AUTORIZACIÓN PARA TRABAJAR EN LOS ESTADOS UNIDOS, TENER UNA PRUEBA DE DROGAS Y / O EXAMEN FÍSICO, O FIRMAR UN CONFLICTO DE ACUERDO DE INTERÉS Y ACEPTAR SUS TÉRMINOS.

*Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a lo mejor de mi conocimiento.  
Si esta solicitud conduce al empleo, entiendo que la información falsa o engañosa en mi solicitud o entrevista puede resultar en mi divulgación.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_