

OSHA Respirator Medical Evaluation Questionnaire — Mandatory

Parte A. Seccion 1 (Obligatorio)

La información siguiente se debe proporcionar por todos los empleados que han sido seleccionados utilizar cualquier tipo de respirador (por favor use letra de molde)

1. Fecha: _____
2. Nombre: _____
3. Edad: _____
4. Sexo: Hombre Mujer
5. Cuanto mide: _____
6. Cuanto pesa: _____
7. Titulo o tipo de trabajo: _____
8. Número de teléfono donde puedo comunicarse el profesional de salud que haya revisado su cuestionario (incluya el area): _____
9. La mejor hora para llamarle a este número: _____
10. Le a dicho su patrón coma ponerse en contacto con el profesional de salud que revisara este cuestionario (círcule uno): Sí No
11. Anote el tipo de respirador que va a utilizar (puede anotar más de una categoria):
 - Respirador disponible de R N o P (máscarilla contra el polvo, respiradores sin las cartuchos).
 - Anote todo lo que use. (Respirador de media careta, careta complete, casco, escape, no electrico de cartuchos o de bote, con manguera con soplador, con linea de aire, mascarilla disponible.)
12. Ha usado algun tipo de respirador (círcule uno): Sí No
Si es que si, que tipo? _____

Parte A. Sección 2 (Obligatorio)

Las preguntas del 1 al 9 se deben de contestar por cada empleado que fue seleccionado para usar cualquier tipo de respirado. (Marque con un círculo para indicar sus respuestas.)

1. ¿Corrientemente, fuma tabaco o ha fumado durante el mes pasado? Sí No
2. Ha tenido algunas de las siguientes condiciones médicas? Sí No
- Convulsiones: Sí No
- Diabetes (azúcar en la sangre) Sí No
- Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración Sí No
- Claustrofobia (miedo se estar espacios cerrados): Sí No
- Dificultad de oler: Sí No
3. Ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares o problemas del pulmón?
- Asbestosis: Sí No
- Asma: Sí No
- Broquitis crónica: Sí No
- Enfisema: Sí No
- Pulmonía: Sí No
- Tuberculosis: Sí No
- Silicosis: Sí No
- Neumotorax (pulmón colapsado): Sí No
- Cáncer del pulmón: Sí No
- Costillas rotas: Sí No
- Lesiones o cirugías en el pecho: Sí No
- Cualquier otro problemas pulmonares: Sí No
4. ¿Actualmente, tiene usted algunos de los síntomas siguientes de enfermedades pulmonares o problemas del pulmón?
- Respiración dificultosa: Sí No
- Respiración dificultosa al caminar rápidamente en lugares planos o al caminar en una colina o una pendiente leve: Sí No
- Respiración dificultosa al caminar con gente en un paso ordinario en lugares planos: Sí No
- Tiene que pararse a respirar al caminar en su propio paso en lugares planos: Sí No
- Problemas de respiración al bañarse o al vestirse: Sí No
- Respiración dificultosa que interfiere con su trabajo: Sí No
- Tos que produce flema (esputo grueso): Sí No
- Tos que lo despierta temprano en la mañana: Sí No
- Tos que ocurre generalmente cuando está acostado: Sí No
- Tos con sangre en el mes pasado: Sí No
- Respiración jadeante: Sí No
- Respiración jadeante que interfiere con su trabajo: Sí No
- Dolor en el pecho cuando respira profundamente: Sí No
- Cualquier otro síntoma que usted piense se relacione a problemas del pulmón: Sí No

5. ¿Ha tenido en el pasado cualquiera de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?
- Ataque del corazón: Sí No
- Ataque cerebrovascular: Sí No
- Angina de pecho: Sí No
- Paro cardíaco: Sí No
- Hinchazón del de los pies o piernas (no causada por caminar): Sí No
- Arritmia del corazón: Sí No
- Alta presión: Sí No
- ¿Cualquier otro problema del corazón que usted sepa? Sí No
6. ¿Ha tenido en el pasado cualquiera de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?
- Dolor en el pecho o pecho apretado: Sí No
- Dolor en el pecho o pecho apretado durante actividad física: Sí No
- Dolor en el pecho o pecho apretado que lo deja trabajar normalmente: Sí No
- En los últimos dos años, ha notado que el corazón le salta, que falla un latido: Sí No
- Acedias o indigestión o que no se relacionen con la comida: Sí No
- Cualquier otro síntoma que usted piense puede ser causado por los problemas del corazón o de la circulación de la sangre: Sí No
7. ¿Está tomado medicina para alguno de los siguientes problemas?
- Problemas de la respiración o del pulmón: Sí No
- Problemas del corazón: Sí No
- Alta presión: Sí No
- Convulsiones: Sí No
8. ¿Si ha usado un respirador, ha tenido algunos de los siguientes problemas? (si usted nunca ha usado un respirador, pase a la pregunta 9.)
- Irritación en los ojos: Sí No
- Alergias o erupciones de la piel: Sí No
- Ansiedad: Sí No
- Debilidad general o fatiga desacostumbrada: Sí No
- Cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador: Sí No
9. ¿Le gustaría hablar sobre las respuestas con el profesional de salud que revisara este cuestionario? Sí No

Parte A. Sección 3. (Obligatorio) para úsanos de aparato respiratorio autónoma (SCBA) o respiradores de careta completa.

Las preguntas del 1 al 6 deben ser contestadas por tos empleado seleccionados para usar un respirador de careta completa o un aparato respiratorio autónomo (SCBA). Los empleados que usan otro tipo de respiradores no tienen que contestar estas preguntas.

1. Ha perdido la vista en cualquier ojo (temporalmente o permanentemente): Sí No
2. ¿En la actualidad, tiene cualesquiera de los problemas siguientes con la vista?
Usa lentes de contacto: Sí No
Usa lentes: Sí No
Daltonismo (dificultad de distinguir colores): Sí No
Tiene problemas con los ojos o la vista: Sí No
3. ¿Ha sufrido una lesión en los oídos, incluyendo rotura del tímpano? Sí No
4. ¿Actualmente, tiene algunos de los siguientes problemas para oír?
Dificultad para oír: Sí No
Usa un aparato para oír: Sí No
Tiene algún otro problema en los oídos o dificultad de escuchar: Sí No
5. Se ha dañado o lastimado la espalda? Sí No
6. ¿Tiene en la actualidad uno de los siguientes problemas musculoesqueletales?
Debilidad en los brazos, manos, piernas, o pies: Sí No
Dolor de espalda: Sí No
Dificultad para moveré completamente los brazos y las piernas: Sí No
Dolor o engarrotamiento cuando se inclina para adelante o para atrás: Sí No
Dificultad para mover la cabeza completamente arriba o para abajo: Sí No
Dificultad para mover la cabeza a los lados: Sí No
Dificultad para agacharse doblando las rodillas: Sí No
Dificultad para agacharse hast tocar el piso: Sí No
Dificultad de subir una escalera cargando más de 25 libras: Sí No
Algún otro problema muscular o esqueletal que interfiera con el uso del respirador: Sí No

Parte B. Preguntas Discrecionales

Si es apropiado para las condiciones o requerimientos específicos de un trabajo, preguntas adicionales – incluyendo, pero no limitadas a las siguientes, pueden ser agregadas al cuestionario a discreción del profesional de salud.

1. ¿En el presente trabajo, ha trabajado en alturas altas (arriba de 5,000 pies) o en sitio que tienen menos oxígeno de lo normal? Sí No
Si la respuesta es “Sí”, se ha sentido mareado, o ha tenido dificultad para respirar, palpitaciones, o cualquier otro síntoma que usted no tiene cuando no está trabajando bajo palpitaciones, o cualquier otro síntoma que usted no tiene cuando no está trabajando bajo esta condiciones: Sí No
2. ¿En el trabajo o en su casa, ha estado expuesto a solventes a contaminantes peligrosos en el aire (por ejemplo, gases, humos, o polvos) o ha tenido contacto de la piel con químicos peligrosos? Sí No
Escriba las químicas y productos con las que ha estado expuesto, si sabe cuáles son:
-

3. ¿Ha trabajado con los siguientes materiales o las condiciones anotadas abajo?:
- | | |
|---|---|
| Asbestos: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Sílice (Limpiar mediante un chorro de arena); | |
| Tungsteno/Cobalto (pulverizas o soldadura): | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Berilio: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Aluminio: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Carbón de piedra (minando): | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Hierro: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Estaño: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ambiente polvoriento: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Otra exposición peligrosa: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si es que si, describa las exposiciones peligrosas: _____ | |

4. Anote otros trabajos o un negocio secundarios, (aparte de este) que usted tenga: _____

5. Apunte sus trabajos previos: _____

6. Apunte sus pasatiempos previos: _____

7. ¿Ha ido al servicio militar? Sí No
 ¿Si la respuesta es sí, ha estado expuesto a agentes químicos o biológicos durante entrenamiento o combate? Sí No

8. ¿Ha trabajo? Sí No

9. ¿Está tomando alguna medicina que no haya mencionado en este cuestionario (Incluyendo remedios caseros o medicinas que compra sin receta)? Sí No
 ¿Si la respuesta es "Si", cuáles son? _____

10. ¿Va usted a usar algunas de las siguientes partes con su respirador?
- | | |
|---|---|
| Filtros HEPA: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Filtros de bote (por ejemplo, caretas antigás): | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cartuchos: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

11. Cuantos veces espera usar el respirador? (circule "si" o "no" en las respuestas que se aplican a usted)
- | | |
|----------------------------------|---|
| Escape solamente (no rescate): | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Rescate de emergencia solamente: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Menos de 5 horas por semana: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Menos de 2 horas por día: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2 a 4 horas por día: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Más de 4 horas por día: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

12. Durante el período que usa el respirador, el esfuerzo del trabajo es:
- Ligero** (menos de 200 kcal por hora): Sí No
 ¿Si es que si, cuánto tiempo dura este periodo durante el turno? _____ hrs. _____ mins.

Ejemplos de trabajos ligeros son: estar sentando escribiendo, escribiendo a máquina, trabajando la línea de montaje, realizando trabajo de asamblea ligero; o estando parado mientras que opera un taladro (1-3 libras.) o controlando maquinas.

¿Moderado (200 to 350 kcal por hora): Sí No
¿Si es que, si cuánto tiempo dura este periodo durante el turno? _____ hrs. _____ mins.

Ejemplos de trabajos moderados son: estar sentado clavando o el archivando, conducir un camion o un autobús en tráfico urbano; estar parado mientras que perfora, clava, ensamblando o transfiriendo una carga moderada (como de 35 libras) al nivel de la cintura; el caminar en una superficie plana a 2 mph o bajando a 3 millas por hora; o empujando una caretila con una carga pesada (cerca de 100 libras.) en una superficie plana.

Pesado (sobre 350 kcal por hora): Sí No
¿Si es que sí, Sí es que sí cuánto tiempo dura este periodo durante el turno? _____ hrs. _____ mins.

Ejemplos de trabajos pesados: levantando cargas pesadas (cerca de 50 libras.) del piso a la altura de la cintura u hombros; trabajando cargando o descargando; trabajar con una pala; trabajar de albañil o desmenuzando moldes; subir un nivel inclinado de 8 grados a dos millas por hora; subir las escaleras con una carga pesada (cerca de 50 libras).

13. ¿Va usted a usar la ropa protectora y/o equipo protector (otro que no sea el respirador) cuando esté usando el respirador? Sí No
Si/No Si es que si, describa esta ropa protectora y/o equipo protector: _____
14. Va usted trabajar bajo condiciones calientes? (Temperatura que excede 77 grados F): Sí No
15. Va usted a trabajar bajo condiciones húmedas?: Sí No
16. Describa el tipo de trabajo que usted hará mientras que usa el respirador: _____
17. Describa cualquier otra situación especial o peligrosa que pueda encontrar cuando este usando el respirador, (por ejemplo, espacios confinados, gases peligrosos le puedan matar): _____
18. Proporcione la información siguiente, si la sabe, para cada sustancia tóxica que va a estar expuesto cuando esté usando el respirador: _____

Nombre de la primera sustancia tóxica: _____
Maximo nivel de exposición durante el turno de trabajo: _____
Tiempo de exposición del turno: _____
Nombre de la segunda sustancia tóxica: _____
Máximo nivel de exposición durante el turno de trabajo: _____
Tiempo de exposición del turno: _____
Nombre de la tercer sustancia tóxica: _____
Máximo nivel de exposición durante el turno de trabajo: _____
Tiempo de exposición del turno: _____
Nombre de otras sustancias tóxicas que va a estar expuesto mientras que usa su respirador: _____

19. Describa alguna responsabilidad especial que usted va a tener mientras que usa el respirador que puede afectar la seguridad o el bienestar de otros (por ejemplo, rescate, seguridad). _____

Información del paciente

Nombre_____

Fecha de nacimiento_____ Seguridad Social_____

Correo electrónico_____

direcciones_____

Teléfono de casa_____ Teléfono móvil_____

Declaración médica

Yo, el abajo firmante, certifico que las respuestas anteriores son verdaderas a mi leal saber y entender.

Firma del paciente_____ Fecha_____