

Occupational Safety and Health Administration (OSHA) Cuestionario de Evaluacion Medica para el Uso Obligatorio de Respiradores

AL PATRON. Respuestas a las preguntas en la Seccion 1 y a la pregunta 9 de la Parte A. Seccion 2 no requieren de examen medico.

AL EMPLEAD ¿Puede usted leer? Si No Su patron debe permitirle completar este cuestionario durante sus horas normales de trabajo en un sitio y a una hora que le resulten convenientes a usted. Para mantener esta informacion confidencial, su supervisor o su patron no deberan revisar sus respuestas y tan solo deberan decirle como hacerle llegar este cuestionario al medico que lo ha de revisar.

Informacion Suplementaria. Para ser suministrada por el patron con respecto al tiempo de uso del respirador y a las condiciones de trabajo.

1. Representante del Patron: _____ Telefono: _____

2. Tipo de Respirador	Peso	Tiempo de Duracion	Frecuencia de Uso
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Probable esfuerzo fisico: Liviano (Sentado/parado mientras escribe, al desempeñar ensamblaje ligero, control de maquinaria.)
 Moderado (Sentado/parado/caminando al usar herramientas, ensamblaje ligero, empujar/levantar cargas moderadas)
 Fuerte (Al levantar cargas pesadas (>35 lbs.); caminar en pendiente de 8°, al subir escaleras con peso.)

Probable uso de ropa o equipo adicional de proteccion durante el uso del respirador. Si No

Describe: _____

Condiciones de Trabajo.	Temperaturas Extremas	Baja: _____ ° F	Alta: _____ ° F
	Humedad Extremas	Baja: _____ %	Alta: _____ %

Parte A. Seccion 1. Para ser completada por aplicantes/empleados seleccionados para usar algun tipo de respirador . Letra de imprenta.

Nombre	Seguro Social #	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha
Direccion	Ciudad	Estado	Cod. Postal
Posicion de Trabajo			
Telefono ()	Mejor momento para llamarlo a este numero	Fecha de Nacimiento	Edad
		Talla (ft. in.)	Peso (lbs)

- | | |
|---|---|
| <p>1. ¿Le ha dicho su patron como contactar al medico que necesita revisar este cuestionario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. Marque el tipo de respirador a utilizar. (Marque lo que aplique.)
 <input type="checkbox"/> Respiradores desechables N, R, o P.
 <input type="checkbox"/> Otros tipos. (half or full-facepiece, powered-air purifying, supplied-air, self-contained breathing apparatus).</p> | <p>3. ¿Ha utilizado respiradores antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Indique los tipos: _____</p> <p>_____</p> |
|---|---|

Parte A. Seccion 2. Para ser completada por aplicantes/empleados seleccionados para usar algun tipo de respirador . Marque Si o No con un circulo.

- | | |
|---|---|
| <p>1. ¿Fuma usted actualmente o ha fumado en este ultimo mes?
Si No</p> <p>2. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones?
 a. Convulsiones: Si No
 b. Diabetes (azucar en la sangre): Si No
 c. Reacciones alergicas afectando la respiracion Si No
 d. Claustrofobia (miedo a sitios encerrados): Si No
 e. Disminucion del olfato Si No</p> <p>3. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones en los pulmones?
 a. Asbestosis: Si No
 b. Asma: Si No
 c. Bronquitis Cronica: Si No</p> | <p>d. Emfisema: Si No
 e. Pneumonia: Si No
 f. Tuberculosis: Si No
 g. Silicosis: Si No
 h. Pneumotorax (colapso del pulmon): Si No
 i. Cancer del pulmon: Si No
 j. Costillas rotas: Si No
 k. Lesiones, heridas o cirugia del pecho: Si No
 l. Algun otro problema pulmonar Si No</p> <p>4. ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes sintomas pulmonares o respiratorios?
 a. Dificultad para respirar Si No
 b. Dificultad para respirar al caminar rapido en suelo nivelado o ligeramente inclinado: Si No</p> |
|---|---|

- | | | | | | |
|---|----|----|---|----|----|
| c. Dificultad respiratoria al caminar con otros a paso normal y en suelo nivelado. | Si | No | 6. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón? | | |
| d. Ha tenido que parar por falta de aire al caminar a paso normal y en suelo nivelado. | Si | No | a. Dolor u opresión en el pecho frecuentes | Si | No |
| e. Dificultad para respirar al bañarse o vestirse | Si | No | b. Dolor u opresión en el pecho con el ejercicio | Si | No |
| f. Dificultad para respirar que interfiere con el trabajo | Si | No | c. Dolor u opresión en el pecho que interfiere con el trabajo | Si | No |
| g. Tos con producción de flema (esputo espeso) | Si | No | d. ¿En los últimos dos años, ha notado la ausencia de un latido en su corazón? | Si | No |
| h. Tos que lo despierta en la mañana | Si | No | e. Acidez o indigestión no relacionados con el comer | Si | No |
| i. Tos que predomina al recostarse | Si | No | f. Otros síntomas que parezcan relacionados con el corazón o con problemas circulatorios? | Si | No |
| j. Tos con sangre durante el último mes | Si | No | 7. ¿Toma actualmente medicinas para alguno de los siguientes problemas? | | |
| k. Sibilancias y pitos en el pecho | Si | No | a. Problemas respiratorios o pulmonares | Si | No |
| l. Pitos en el pecho que interfieren con el trabajo | Si | No | b. Problemas del corazón | Si | No |
| m. Dolor en el pecho al respirar profundo | Si | No | c. Presión sanguínea | Si | No |
| n. Otros síntomas que parezcan relacionados con los pulmones | Si | No | d. Convulsiones (ataques) | Si | No |
| 5. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón? | | | 8. ¿Alguna vez ha usado un respirador? Si lo ha usado, ha tenido alguno de los siguientes problemas? | Si | No |
| a. Ataque al corazón | Si | No | a. Irritación en los ojos | Si | No |
| b. Trombosis cerebral | Si | No | b. Alergias o erupciones en la piel | Si | No |
| c. Angina o dolor en el corazón | Si | No | c. Ansiedad | Si | No |
| d. Insuficiencia cardíaca | Si | No | d. Debilidad general o fatiga | Si | No |
| e. Hinchazón en los pies no relacionados con el caminar | Si | No | e. Cualquier otro problema que haya interferido con el uso del respirador? | Si | No |
| f. Arritmia cardíaca (palpitaciones) | Si | No | | | |
| g. Presión arterial alta | Si | No | | | |
| h. Otros problemas del corazón | Si | No | | | |
| | | | Le gustaría hablar con el profesional de la salud que ha de revisar sus respuestas a este cuestionario? | Si | No |

Preguntas 10 a la 15 deben ser contestadas por todos los aplicantes/empleados seleccionados para usar respiradores de máscara completa o un aparato de respiración autocontenida (SCBA). Para empleados seleccionados para usar otros tipos de respiradores, la respuesta a estas preguntas es voluntaria. Por favor, conteste marcando **Si** o **No** con un círculo.

- | | | | | | |
|---|----|----|---|----|----|
| 10. ¿Alguna vez ha perdido la visión en alguno de sus ojos de manera temporal o permanente? | Si | No | 15. ¿Tiene usted actualmente alguno de los siguientes problemas musculoesqueléticos? | | |
| 11. ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas visuales? | | | a. Debilidad en alguno de sus brazos, manos, piernas o pies | Si | No |
| a. Usa lentes de contacto | Si | No | b. Dolor de espalda | Si | No |
| b. Usa lentes | Si | No | c. Dificultad para mover sus brazos o piernas totalmente | Si | No |
| c. Ceguera a los colores | Si | No | d. Dolor o rigidez al flexionar o extender la cintura | Si | No |
| d. Cualquier otro problema de visión o en los ojos | Si | No | e. Dificultad para flexionar o extender la cabeza | Si | No |
| 12. ¿Alguna vez se ha lesionado los oídos o se ha roto el tímpano? | Si | No | f. Dificultad para mover la cabeza hacia los lados | Si | No |
| 13. ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas de audición? | | | g. Dificultad al doblar sus rodillas | Si | No |
| a. Dificultad para oír | Si | No | h. Dificultad para agacharse | Si | No |
| b. Usa dispositivos para ayudarlo a oír: | Si | No | i. Dificultad para subir un tramo de escaleras cargando más de 25 libras | Si | No |
| c. Algún otro problema de audición o en sus oídos | Si | No | j. Cualquier otro problema musculoesquelético que interfiera con el uso de respiradores | Si | No |
| 14. ¿Alguna vez se ha lastimado la espalda? | Si | No | | | |

Profesional de la Salud

Nombre _____

Dirección _____

Firma _____ Fecha _____