**CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA**

(OBLIGATORIO)

**TRABAJADOR:** Su empleador debe permitirle contestar estas preguntas durante horas normales de trabajo o durante un tiempo y lugar que le sea conveniente a usted. Para mantener su confidencialidad, su empleador o supervisor no debe ver o revisar sus respuestas. Su empleador deberá decirle como enviar o entregar este cuestionario al profesional de cuidado de la salud que lo revisará.

**Parte A. Sección 1.** Cada trabajador elegido para usar cualquier tipo de respirador debe proporcionar la siguiente información (use letra imprenta).

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

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación, título o tipo de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_\_ Género: M / F Estatura: \_\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: ( ) -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dé un número de teléfono donde el profesional de salud que revisará este cuestionario pueda comunicarse con usted (incluya el Código de Área)

La mejor hora de hablarle ha este teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Su patrón le explicó como comunicarse con el profesional de salud que revisará

este cuestionario? (circule uno) Sí / No

Marque el tipo de respirador que usará (puede marcar más de una categoría):

a. \_\_\_\_ N, R, o P respirador desechable (máscara de filtro solamente sin cartucho).

b. \_\_\_\_ Otro tipo (por ejemplo, máscara de media cara o cara completa, purificadores motorizados, de suministro de aire, equipo autónomo de respiración).

¿Ha usado usted un respirador antes? (circule uno) Sí / No

Si “afirmativo”, ¿qué tipo(s)?:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Parte A. Sección 2.** Cualquier trabajador elegido ha usar cualquier tipo de respirador debe contestar las preguntas del 1 al 9 (circule sí o no).

1. ¿En la *actualidad*, fuma tabaco, o ha fumado tabaco en el último mes? Sí / No

2. ¿Ha padecido usted de lo siguiente?

a. Convulsiones Sí / No

b. Diabetes (azúcar en la sangre) Sí / No

c. Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración Sí / No

d. Claustrofobia (temor a espacios cerrados) Sí / No

e. Problemas del olfato Sí / No

3. ¿Ha padecido usted en *algún momento* usted de los siguientes problemas pulmonares?

a. Asbestosis Sí / No

b. Silicosis Sí / No

c. Asma Sí / No

d. Neumotórax (desinfle del pulmón) Sí / No

e. Bronquitis crónica Sí / No

f. Cáncer del pulmón Sí / No

g. Enfisema Sí / No

h. Fracturas de las costillas Sí / No

i. Neumonía Sí / No

j. Cualquier lesión o cirugía del pecho Sí / No

k. Tuberculosis Sí / No

l. Cualquier otro problema del pulmón del cual se le ha informado Sí / No

4. ¿*Actualmente* tiene usted alguno de los siguientes síntomas pulmonares o enfermedades del pulmón?

a. Falta de aire Sí / No

b. Falta de aire cuando camina rápido sobre una superficie plana o una

cuesta leve o una inclinación Sí / No

c. Falta de aire cuando camina con otras personas a un ritmo normal

sobre una superficie plana Sí / No

d. Tener que detenerse a coger aire cuando camina a su propio paso sobre

superficie plana Sí / No

e. Falta de aire cuando usted se lava o se viste Sí / No

f. Falta de aire que interfiere con su trabajo Sí / No

g. Tos que produce flema espesa Sí / No

h. Tos que lo despierta temprano por la mañana Sí / No

i. Tos que se pasa más cuando esta acostado Sí / No

j. Tos con sangre (durante el ultimo mes) Sí / No

k. Respiración jadeante Sí / No

l. Respiración jadeante, que interfiere con su trabajo Sí / No

m. Dolor en el pecho cuando respira profundamente Sí / No

n. Cualquier otro síntoma que usted cree que puede estar relacionado con

problemas del pulmón Sí / No

5. ¿Ha padecido usted en *algún momento* alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?

a. Ataque al corazón Sí / No

b. Derrame cerebral o Embolia Sí / No

c. Angina Sí / No

d. Falla del corazón Sí / No

e. Hinchazón de las piernas o pies (no causado por el andar) Sí / No

f. Arritmias del corazón (palpitación irregular) Sí / No

g. Presión alta de la sangre Sí / No

h. Otros problemas del corazón del cual se le ha informado Sí / No

6. ¿Ha padecido usted en *algún momento* de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?

a. Dolor o presión frecuente del pecho Sí / No

b. Dolor o presión en el pecho durante actividad física Sí / No

c. Dolor o presión en el pecho que interfiere con su trabajo Sí / No

d. En los últimos dos años ha notado que le salta o le falta un latido al corazón Sí / No

e. Agrura o indigestión, no ocasionada por la comida Sí / No

f. Otros síntomas los cuales usted cree están relacionados a problemas del

corazón o la circulación Sí / No

7. ¿ *Actualmente* toma usted medicamentos para algunos de los siguientes problemas?

a. Problemas de la respiración o de los pulmones Sí / No

b. Problemas del corazón Sí / No

c. Presión Sí / No

d. Convulsiones Sí / No

8. *Si usted ha usado* un respirador, ¿ha tenido en alguna ocasión alguno de los

siguientes problemas? (Si nunca ha usado un respirador por favor salte a la pregunta 9).

9. Quiere hablar de sus respuestas con el profesional de salud que revisará

su cuestionario? Sí / No

Trabajadores que usarán *un respirador de cara completa o Equipo Autónomo de Respiración (SCBA)* DEBERÁN contestar las preguntas

del 10 al 15:

10. ¿Ha perdido la visión temporalmente o permanentemente en uno o

ambos ojos? Sí / No

11. ¿*Actualmente* tiene alguno de los siguientes problemas de la vista?

a. Usa lentes de contacto Sí / No

b. Usa anteojos Sí / No

c. Dificultad para distinguir los colores Sí / No

d. Otros problemas con los ojos o la visón Sí / No

12. ¿Ha tenido usted en *algún momento* una lesión en los oídos, incluyendo daño al tímpano?

Sí / No

13. ¿ *Actualmente* tiene alguno de los siguientes problemas con los oídos?

a. Dificultad al oír Sí / No

b. Usa prótesis en el oído Sí / No

c. Cualquier otro problema con la audición o el oído Sí / No

14. ¿ Se ha lesionado la espalda? Sí / No

15. ¿ Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas músculo esqueléticos?

a. Debilidad en cualquiera de los brazos, manos, piernas, o pies Sí / No

b. Dolor de la espalda Sí / No

c. Dificultad para mover completamente los brazos y piernas Sí / No

d. Dolor o entumecimiento al inclinarse hacia delante o atrás desde la cintura Sí / No

e. Dificultad en mover la cabeza completamente hacia arriba o abajo Sí / No

f. Dificultad en mover la cabeza completamente de un lado a otro Sí / No

g. Dificultad en doblar las rodillas Sí / No

h. Dificultad en ponerse de cuclillas Sí / No

i. Subiendo escalones o una escalera cargando más de 25 libras Sí / No

j. Cualquier otro problema del esqueleto o de los músculos que pueda

interferir con usar un respirador Sí / No

**Parte B. Sección 1.** El profesional de la salud que revisará este cuestionario puede añadir a su discreción las siguientes preguntas y cualquier otra pregunta no incluida en la lista.

1. ¿En su presente trabajo, trabaja en alturas elevadas (a más de 5,000 pies) o en

lugares con niveles de oxigeno más bajos de lo normal? Sí / No

¿*Si “afirmativo”*, tiene mareos, falta de aire, presión en el pecho, u otros

síntomas cuando está trabajando bajo estas condiciones? Sí / No

2. ¿En el trabajo o su casa, ha sido usted expuesto a solventes peligrosos, químicos peligrosos transportados por el aire, (gases, humos, o polvos), o haentrado su piel en contacto con químicos peligrosos? Si / No

Si es afirmativo, nombre del (los) químico(s):

3. ¿Ha trabajado usted con los siguientes materiales, o bajo alguna de las

siguientes condiciones?

a. Asbesto Si / No

b. Carbón (por ejemplo, en minas) Si / No

c. Sílice (por ejemplo con chorro de arena) Si / No

d. Hierro Si / No

e. Tungsteno/cobalto (limando o soldando este material) Si / No

f. Estaño Si / No

g. Ambientes polvorosos Sí / No

h. Berilio Sí / No

i. Cualquier otras exposiciones peligrosas Sí / No

j. Aluminio Sí / No

Si es afirmativo, describa la(s) exposición(es):

4. Haga una lista de segundos trabajos o negocios paralelos que usted tiene:

5. Liste sus ocupaciones anteriores:

6. Liste pasatiempos presentes y pasados:

7. ¿Estuvo en el servicio militar? Sí / No

*Si “afirmativo”*, ¿estuvo expuesto a agentes biológicos o químicos (durante entrenamiento o combate)? Sí / No

8. ¿Ha trabajado en un equipo de limpieza de materiales peligrosos (HAZMAT)? Sí / No

9. ¿Fuera de medicinas para la respiración, los pulmones, problemas del corazón,

presión, y convulsiones mencionadas anteriormente en este cuestionario, está

usted tomando otras medicinas por cualquier razón (incluyendo medicinas sin

receta médica)? Sí / No

*Si “afirmativo”*, nombre las medicinas:

**APUNTES:**

**Parte B. Sección 2.**

El EMPLEADOR deberá proporcionar esta información suplementaria al profesional de cuidado de la salud (PLHCP) que revisará el cuestionario médico del trabajador:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POSICIÓN DEL TRABAJADOR:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. ¿Qué tipo de respirador usará este trabajador?

Marque el (los) tipo(s) que siguen (puede marcar más de una categoría):

\_\_\_\_\_ N-, R-, o P- máscara filtrante (desechable, tipo “máscara de polvo”).

\_\_\_\_\_ De ajuste apretado de purificación de media cara

\_\_\_\_\_ De ajuste apretado de cara completa

\_\_\_\_\_ De tipo de purificación de aire

\_\_\_\_\_ De tipo de línea

\_\_\_\_\_ Respirador purificador de aire motorizado (PAPR)

\_\_\_\_\_ De ajuste apretado, de cara completa

\_\_\_\_\_ De ajuste apretado de casco o capucha

\_\_\_\_\_ Equipo Autónomo de Respiración (SCBA)

\_\_\_\_\_ Escape (máscara de gas)

2. ¿Cuál es el peso aproximado del respirador, incluyendo tanque o mangueras si los tiene?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. ¿El trabajador va a utilizar alguno de los siguientes artículos con su(s) respirador(es)?

a. Filtros HEPA Sí / No

b. Cánisters (máscaras para gas) Sí / No

c. Cartuchos (purificación de aire) Sí / No

4. ¿Con qué frecuencia usará el trabajador el respirador? (circule sí o no a toda las

preguntas que apliquen)

a. Solamente para escape (sin deberes de rescate) Sí / No

b. Menos de 2 horas por día Sí / No

c. Rescate de emergencia solamente Sí / No

d. 2 a 4 horas por día Sí / No

e. Menos de 5 horas por semana Sí / No

f. Más de 4 horas por día Sí / No

5. ¿Durante el período que el trabajador usa el respirador, el esfuerzo de trabajo es?

a. Liviano (menos de 200 Kcal por hora) Sí / No

*Ejemplos de trabajo liviano es estar sentado al escribir, computación, haciendo planos, o realizando ensamble ligero, o de pie operando máquinas.*

*Si “afirmativo”*, cuánto tiempo dura esto en un turno promedio:

horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. Moderado (200 a 350 Kcal por hora) Sí / No

*Ejemplos de trabajo moderado son: estar sentado martillando o limando, manejado un camión, perforando, o ensamble, moviendo cargas moderadas (aproximadamente 25 – 35 libras) a nivel de la cintura caminando en superficie planas a 2 millas por hora o bajando un nivel de terreno de 5 grados a 3 millas por hora, o empujando una carretilla con carga pesada (aproximadamente 100 libras) en superficie plana. (NOTA: Un galón de agua peso aproximadamente 8 libras, o sea, un rociadora de mochila llena con 3 galones pesa aproximadamente 25 libras.)*

*Si “afirmativo”*, cuánto tiempo dura esto en un turno promedio:

horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c. Pesado (más de 350 Kcal por hora) Sí / No

*Ejemplos de trabajo pesado son: levantar cargas pesadas(aproximadamente 50 libras) del suelo a la altura de la cintura u hombros, trabajando en un plataformas de carga, trabajo con pala, albañilería de pie, desbarbando piezas de fundición, subiendo niveles de terreno de 8 grados aproximadamente a 2 millas por hora, subiendo escalones con cargas pesadas (aproximadamente 50 libras)*

*Si “afirmativo”*, cuánto tiempo dura esto en un turno promedio:

horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. ¿El trabajador va a utilizar ropa o equipo protector aparte del respirador? Sí / No

*Si “afirmativo”* describa el equipo que va a usar:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. ¿El trabajador va a trabajar en temperaturas

altas (temperaturas más de 77 F)? Sí / No

8. ¿El trabajador va a trabajar en condiciones húmedas? Sí / No

9. Describa el trabajo que hará el trabajador mientras usa su respirador(es):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Describa algunas condiciones especiales o condiciones peligrosas las cuales el

trabajador puede enfrentar cuando usa el respirador (por ejemplo, espacios confinados, atmósferas deficientes en oxígeno, gases fulminantes):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Proporcione la siguiente información si lo sabe, para cada substancia tóxica a que el trabajador puede ser expuesto cuando usa el respirador(es):

Nombre de la primera substancia tóxica:

Nivel máximo de exposición por turno de trabajo:

Tiempo de exposición por turno de trabajo:

Nombre de la segunda substancia tóxica:

Nivel máximo de exposición por turno de trabajo:

Tiempo de exposición por turno de trabajo:

Nombre de la tercera substancia tóxica:

Nivel máximo de exposición por turno de trabajo:

Tiempo de exposición por turno de trabajo:

Nombre(s) de cualquier otra substancia(s) tóxica(s) a la cual el trabajador pueda ser expuesto mientras usa un respirador:

12. Describa otras responsabilidades especiales que tendrán durante el tiempo que estarán usando respiradores y que puedan afectar la seguridad y bienestar de otras personas (por ejemplo, rescate, seguridad):