

CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

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 de molde).

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", ¿que tipo(s)?:

CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

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? Si / No

 2. ¿Ha padecido usted de lo siguiente?
 - a. Convulsiones Si / No
 - b. Diabetes (azúcar en la sangre) Si / No
 - c. Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración Si / No
 - d. Claustrofobia (temor a espacios cerrados) Si / No
 - e. Problemas del olfato Si / No

 3. ¿Ha padecido en *cualquier tiempo* usted de los siguientes problemas pulmonares?
 - a. Asbestosis Si / No
 - b. Silicosis Si / No
 - c. Asma Si / No
 - d. Neumotorax (desinfe del pulmón) Si / No
 - e. Bronquitis crónica Si / No
 - f. Cáncer del pulmón Si / No
 - g. Enfisema Si / No
 - h. Fracturas de las costillas Si / No
 - i. Neumonía Si / No
 - j. Cualquier lesión o cirugía del pecho Si / No
 - k. Tuberculosis Si / No
 - l. Cualquier otro problema del pulmón del cual se le ha informado Si / No

 4. ¿*Actualmente* tiene usted alguno de los siguientes síntomas pulmonares o enfermedades del pulmón?
 - a. Falta de aire Si / No
 - b. Falta de aire cuando camina rápido sobre una superficie plana o una cuesta leve o una inclinación Si / No
 - c. Falta de aire cuando camina con otras personas a un ritmo normal sobre una superficie plana Si / 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
-

CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

5. ¿Ha padecido en *cualquier tiempo* 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 *cualquier tiempo* 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

CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

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 visión | Sí / No |

12. ¿Ha tenido *cualquier tiempo* una lesión en los oídos, incluyendo daño al tímpano?

Si / 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?

Si / 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 listada.

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

CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

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 ha entrado 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 | Sí / No |
| b. Carbón (por ejemplo, en minas) | Sí / No |
| c. Sílice (por ejemplo con chorro de arena) | Sí / No |
| d. Hierro | Sí / No |
| e. Tungsteno/cobalto (limando o soldando este material) | Sí / No |
| f. Estaño | Sí / 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. Liste 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? Si / No

CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

Si "afirmativo", ¿estuvo expuesto a agentes biológicos o químicos (durante entrenamiento o combate)?

Si / No

8. ¿ Ha trabajado en un equipo de limpieza de materiales peligrosos (HAZMAT)? Si / 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: _____

CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

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, y cualquier tanque o mangueras?

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 que 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.

CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

Si "afirmativo", cuanto 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", cuanto 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", cuanto 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):

CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

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

Nombre de la primera sustancia tóxica: _____

Nivel máximo de exposición por turno de trabajo: _____

Tiempo de exposición por turno de trabajo: _____

Nombre de la segunda sustancia tóxica: _____

Nivel máximo de exposición por turno de trabajo: _____

Tiempo de exposición por turno de trabajo: _____

Nombre de la tercera sustancia tóxica: _____

Nivel máximo de exposición por turno de trabajo: _____

Tiempo de exposición por turno de trabajo: _____

Nombre(s) de cualquier otra sustancia(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):
