

**¡PARE! ¡INFORMACION CONFIDENCIAL DE PACIENTE!
¡NO VEA ESTE REGISTRO SIN LA AUTORIZACION APROPIADA!**

**Cuestionario de Evaluación Médico obligado por la OSHA
(La agencia de seguridad y salud ocupacional)
Parte 29 CFR 1910.134 Mandatorio par Protection del Sistema Respiratorio**

Fecha _____ Nombre _____ Compania _____

Sexo ___ Altura ___pies___pulgadas Peso___libras Edad___ Fecha de nacimiento ___/___/___

Numero de teléfono _____ la hora más conveniente para llamarle _____

(Mandatorio) La siguiente información debe de ser proveida por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (escriba claro por favor).

Anote el tipo de equipo protector respiratorio que va utilizar (puede anotar mas de una catagoria)

Respirador disponible de clase N, R, o P (por ejemplo: respirador de filtro mecánico, respirador sin cartucho)

Otros tipos (respirador con cartucho quimico, máscara con cartucho quimico, máscara con manguera con soplador (PAPR), máscara con manguera sin soplador (SAR), aparato respiratorio autónomos (SCBA)).

¿Ha usado algun tipo de respirador?..... Si No

¿Tu patrón te ha dicho cómo entrarnos en contacto con, en caso de necesidad?..... Si No

¿Puedes leer a españoles? Si No

Sección I OSHA Cuestionario de Evaluación Médico

1. ¿Corrientemente fuma tabaco, o ha fumado tabaco durante el último mes? Si No

2. ¿Tienes tenías siempre un de los después de condiciones?

a. Convulsiones..... Si No

b. Diabetes (azucar en la sangre)..... Si No

c. Reacciones alergicas que no lo deja respirar..... Si No

d. Claustrofobia (miedo de estar en espacios cerrados)..... Si No

e. Dificultad oliendo excepto cuando ha cogido un resfriado..... Si No

3. ¿Ha tenido algunas de los siguientes problemas pulmonares?

a. Asbestosis..... Si No

b. Asma..... Si No

c. Bronquitis cronica..... Si No

d. Emfisema..... Si No

e. Pulmonia..... Si No

f. Tuberculosis..... Si No

g. Silicosis..... Si No

h. Neumotorax (pulmon colapsado)..... Si No

i. Cancer en los pulmones..... Si No

j. Costillas quebradas..... Si No

k. Injuria o cirujia en el pecho..... Si No

l. Algun otro problema de los pulmones que le ha dicho su medico..... Si No

4. ¿Corrientemente tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?
- a. Respiración dificultosa..... Si No
 - b. Respiración dificultosa cuando camina rapido sobre terreno plano o subiendo una colina..... Si No
 - c. Respiración dificultosa cuando camina normalmente con otras personas sobre terreno plano..... Si No
 - d. Cuando camina normalmente en terreno plano se encuentra corto de resuello..... Si No
 - e. Respiración dificultosa cuando se esta bañando o vistiendo..... Si No
 - f. Respiración dificultosa que lo impede trabajar..... Si No
 - g. Tos con flema..... Si No
 - h. Tos que lo despierta temprano en la mañana..... Si No
 - i. Tos que ocurre cuando esta acostado..... Si No
 - j. Ha tosido sangre en el ultimo mes..... Si No
 - k. Silbar o respirar con mucha dificultad..... Si No
 - l. Silbar que lo impede trabajar..... Si No
 - m. Dolor del pecho cuando respira profundamente..... Si No
 - n. Otros síntomas que crea usted estar relacionados a los pulmones..... Si No
5. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas con el corazón?
- a. Ataque cardiaco..... Si No
 - b. Ataque cerebrovascular..... Si No
 - c. Dolor en el pecho..... Si No
 - d. Falla de corazón..... Si No
 - e. Hinchazon en las piernas o pies (que no sea por caminar)..... Si No
 - f. Latido irregularé del corazon..... Si No
 - g. Alta presion..... Si No
 - h. Algun otro problema cardio-vascular o cardiaco..... Si No
6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas causados por su corazón?
- a. Dolor de pecho frecuente o pecho apretado..... Si No
 - b. Dolor o pecho apretado durante actividad física..... Si No
 - c. Dolor o pecho apretado que no lo deja trabajar normalmente..... Si No
 - d. En los últimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente..... Si No
 - e. Dolor en el pecho o indigestión que no es relacionado a la comida..... Si No
 - f. Algunos otros síntomas ser causado por problemas de su corazón o de circulación..... Si No
7. ¿Esta tomando medicina por algunos de los siguientes problemas?
- a. Respiración dificultosa..... Si No
 - b. Problemas del corazón..... Si No
 - c. Alta presión..... Si No
 - d. Convulsiones..... Si No
8. ¿Le ha causado alguno de los siguientes problemas usando el respirador?
¿Es esto la primera vez que has usado un respirador?
- a. Irritación de los ojos..... Si No
 - b. Alergias del cutis o sarpullido..... Si No
 - c. Ansiedad que ocurre solamente cuando usa el respirado..... Si No
 - d. Debilidad, falta de vigor o fatiga desacostumbrada..... Si No
9. ¿Le gustaría hablar con el profesional de sanidad que revisara esta cuestionario?
- Si No
10. ¿Ha perdido la vista en cualquiera de sus ojos (temporalmente o permanente)?.....
- Si No
11. ¿Corrientemente tiene algunos de los siguientes problemas con su vista?
- a. Usa lentes de contacto..... Si No
 - b. Usa lentes..... Si No
 - c. Daltoniano (dificultad distinguiendo colores)..... Si No
 - d. Tiene algún otro problema con sus oídos o dificultad escuchando..... Si No

12. ¿Ha tenido daño en sus oídos incluyendo rotura del tímpano?..... Si No
13. ¿Corrientemente tiene uno de los siguientes problemas para oír?
- a. Dificultad oyendo..... Si No
- b. Usa un aparato para oír..... Si No
- c. Tiene algún otro problema con sus oídos o dificultad escuchando..... Si No
14. ¿Se ha dañado o lastimado su espalda?..... Si No
15. ¿Tiene uno de los siguientes problemas de su aparato muscular o esqueleto?
- a. Debilidad en sus brazos, manos, piernas o pies..... Si No
- b. Dolor de espalda..... Si No
- c. Dificultad para mover sus brazos y piernas completamente..... Si No
- d. Dolor o rigidez cuando se inclina para adelante o para atrás..... Si No
- e. dificultad para mover su cabeza para arriba o para abajo completamente..... Si No
- f. Dificultad para mover su cabeza de lado a lado..... Si No
- g. Dificultad para agacharse doblando sus rodillas..... Si No
- h. Dificultad para agacharse hasta tocar el piso..... Si No
- i. Dificultad subiendo escaleras cargando mas de 25 libras..... Si No
- j. Alguno problema muscular o con sus huesos que le evite usar un respirador..... Si No

Sección II OSHA Cuestionario de Evaluación Médico

1. ¿Ha trabajado con los siguientes materiales o las condiciones anotadas abajo?
- a. Asbestos..... Si No
- b. Sílice (Limpiar mediante un chorro de arena)..... Si No
- c. Tungsteno/cobalto (pulverizar o soldadura)..... Si No
- d. Beryllium..... Si No
- e. Aluminio..... Si No
- f. Carbón de piedra (minando)..... Si No
- g. Hierro..... Si No
- h. Estaño..... Si No
- i. Ambiente polvoriento..... Si No
- j. Otro exposición peligrosa..... Si No
2. ¿Alguna vez ha trabajado en una equipo de HAZMAT? Si No
3. ¿Va a usar algunas de las siguientes partes con su respirador?
- a. Filtros HEPA (filtro de alta eficiencia que remueve partículas toxicas en la atmósfera)..... Si No
- b. Canastillo (por ejemplo, mascara para gas)..... Si No
- c. Cartuchos..... Si No
4. ¿Cuántas veces espera usar un respirador?
- a. Para salir de peligro solamente (no rescates)..... Si No
- b. Recates de emergencia solamente..... Si No
- c. Menos de 5 horas *por semana*..... Si No
- d. Menos de 2 horas *por día*..... Si No
- e. 2 a 4 horas *por día*..... Si No
- f. Mas de 4 hors *por día*..... Si No

5. ¿Va a estar usando ropa o equipo protectorio cuando use el respirador? Si la respuesta es "si" describa que va a estar usando.

6. ¿Va a estar trabajando en condiciones calurosas (temperatura mas de 77 grados F)?..... Si No
7. ¿Va a estar trabajando en condiciones húmedas?..... Si No
8. Describa el tipo de trabajo que va a estar usted hacienda cuando use el respirador.
-

9. ¿Durante el tiempo de usar el respirador, su trabajo es...? Pesado Moderado Ligero
10. Describa cualquier situación especial o peligrosa que pueda encontrar cuando esta usando el respirador (por ejemplo, espacios encerrados, gases que lo puedan matar, etc.)
-
-

Certifico que las previas declaraciones son verdad según a mi leer y entender.

Firma de empleado: _____ **Fecha:** _____

¡PARE AQUÍ! El resto será llenado por el Técnico Profesional

Section III Spirometry Prescreen Questions:

YES NO 1. ¿En las últimas 6 semanas ha tenida cirugía mayor o fue hospitalizado?

YES NO 2. ¿Dentro de la última hora ha fumado tabaco?

YES NO 3. ¿Ha tenido una infección pulmonar tal como un resfrío de pecho en las últimas 3 semanas?

YES NO 4. ¿Ha utilizado usted un broncodilatador inhalador en las últimas 6 horas?

YES NO 5. ¿Ha tomado mas de 16 oz. de una bebida con cafeína dentro de las ultimas 6 horas?

Por favor, ajuste cualquier ropa que impida tomar un aliento profundo y repleto.

Blood Pressure ___/___, ___/___, ___/___ **Sat** **Stood** , for test.

Technicians Signature _____

Date _____