

CUESTIONARIO DE EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

NOMBRE (L, F, MI):	FECHA	GENERO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	EDAD	AÑO DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO: CODIGO POSTAL:	ESTATURA: ___ft ___in	PESO: _____ lbs
			TELEFONO DONDE EL PROFESIONAL QUIEN REvisa ESTE CUESTIONARIO PUEDE COMUNICARSE CON USTED	
COMPANIA:	RESPIRATOR TIPO DE TRABAJO			MEJOR HORA PARA LLAMARLE

Este Cuestionario, debe ser llenado por el empleado y es parte del Programa de Protección Respiratoria por escrito de la Compañía. Con la intención de garantizar que los empleados puedan usar una máscara médica y que la usen correctamente para proteger su salud. Las preguntas de este cuestionario ayudan a la compañía a asegurarlo. Un médico revisará esta información para evaluar aquella habilidad médica. Quizá el proceso de evaluación de algunos casos requiera un examen médico y una prueba de funcionar pulmonario.

Está escrito en la página 6 de este cuestionario el nombre del médico que hará la evaluación. Son disponibles a la compañía el nombre, la dirección y el número de teléfono del médico.

Esta evaluación es necesaria antes de que pueda ser asignado a tareas en la Compañía que requieren el uso de protección respiratoria. Responda todas las preguntas con sinceridad y según su leal saber y entender. Para mantener su confidencialidad, su empleador no debe mirar ni revisar sus respuestas, y su empleador debe informarle cómo enviar este cuestionario al proveedor que lo revisará. La información que proporcione es confidencial y no se divulga a la Compañía, a menos que el empleado firme un formulario de Divulgación de Información, suministrado por la Compañía, que se conservará en los archivos de la Compañía. Estas preguntas son exigidas por regulaciones de salud y seguridad ocupacional. (escriba en letra de imprenta sus respuestas para que sean legibles).

PARTE A, SECCIÓN 1 (OBLIGATORIO)

- A. ¿Le explicó su patrón u otra persona como comunicarse con el profesional de salud revisando este cuestionario? (circule sus respuestas) Si No
- B. Marque el tipo de respirador que usa (puede marcar más de uno):
- No resistente o Mascara resistente desechable con filtro resistente al aceite;
 - Media o cara completa No resistente o Mascara de cartucho de cartucho reusable con filtro;
 - Media o mascara motorizada de cara completa;
 - Media o mascara de linea aire subministrada de cara completa;
 - Media o cara completa con equipo de respiracion integrado.
 - Otro tipo: _____
- C. ¿Ha usado usted un respirador? (circule sus respuestas) Si No
Si la respuesta es "sí", ¿qué tipos (puede responder en el casillero de la Página 4, punto 17)?
- D. ¿Usted experimenta dificultad para respirar cuando esta usando estos respiradores? (circule sus respuestas) Si No
Si la respuesta es "sí", describa la dificultad (puede responder en la Página 4):

PARTE A, SECCIÓN 2 (OBLIGATORIO) Preguntas del 1 al 10 tienen que ser contestadas por todo empleado que es designado ha usar cualquier clase de respirador (circule su respuesta):

1. ¿Actualmente, fuma tabaco, o ha fumado tabaco en el último mes? (circule sus respuestas) Si No
2. ¿Alguna vez ha fumado o vapeado otras sustancias? (circule sus respuestas) Si No
3. ¿Ha padecido usted de lo siguiente?
 - a. Convulsiones: Si No
 - b. Diabetes (enfermedad diabética): Si No
 - c. Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración: Si No
 - d. Claustrofobia (temor a espacios cerrados): Si No
 - e. Problemas de olfato: Si No

CUESTIONARIO DE EVALUACION MEDICA DE RESPIRADOR -- page 3

4. ¿Ha padecido usted de los siguientes problemas pulmonares?

- | | | | | | |
|------------------------|----|----|------------------------------------|----|----|
| a. Asbestosis: | Si | No | g. Silicosis: | Si | No |
| b. Asma: | Si | No | h. Neumotorax (desinfe de pulmón): | Si | No |
| c. Bronquitis Crónica: | Si | No | i. Cáncer del Pulmón: | Si | No |
| d. Emfisema: | Si | No | j. Fracturas de las Costillas: | Si | No |
| e. Neumonía: | Si | No | k. Lesiones o Cirugía del Pecho | Si | No |
| f. Tuberculosis: | Si | No | l. Otros Problemas del Pulmón: | Si | No |

5. ¿Actualmente tiene Usted alguno de los siguientes síntomas pulmonares o enfermedades del pulmón?

- | | | | | | |
|---|----|----|---|----|----|
| a. Falta de Aire | Si | No | g. Tos, la cual produce flema espesa: | Si | No |
| b. Falta de aire cuando camina rápido en superficie plana o cuando esta acostado: | Si | No | h. Tos, la cual lo despierta | Si | No |
| c. Falta de aire cuando camina con otras personas, normalmente en superficie plana: | Si | No | i. Tos, la cual se manifiesta cuando el camino es elevado: | Si | No |
| d. El tener que parar para coger aire cuando camina a su ritmo en superficie plana: | Si | No | j. Tos con sangre durante el mes pasado: | Si | No |
| e. Falta de aire cuando usted se lava o se viste: | Si | No | k. Respiración jadiane: | Si | No |
| f. Falta de aire lo cual interfiere con su trabajo: | Si | No | l. Respiración jadiane, la cual interfiere con su trabajo: | Si | No |
| | | | m. Dolor en el pecho cuando respira profundamente: | Si | No |
| | | | n. Cualquier otro síntoma o problema el cual usted cree esta relacionado: | Si | No |

6. ¿Ha padecido usted de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?

- | | | | | | |
|---|----|----|---|----|----|
| a. Ataque al corazón: | Si | No | f. Arritmias del corazón (palpitación irregular): | Si | No |
| b. Derrame cerebral o Embolia: | Si | No | g. Presión alta de la sangre: | Si | No |
| c. Angina: | Si | No | h. Otros problemas del corazón: | Si | No |
| d. Problemas del corazón: | Si | No | | | |
| e. Hinchazón de las piernas o pies (no causada por el andar): | Si | No | | | |

7. ¿Ha padecido Usted de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?

- | | | | | | |
|---|----|----|---|----|----|
| a. Dolor o presión frecuente del pecho: | Si | No | d. En los últimos dos años ha notado cambios en el ritmo de su corazón: | Si | No |
| b. Dolor o presión del pecho durante actividad física: | Si | No | e. Agrura o indigestión, no ocasionada por la comida: | Si | No |
| c. Dolor o presión del pecho lo cual interfiere con su trabajo: | Si | No | f. Otros síntomas los cuales usted cree están relacionados a problemas del corazón o circulación: | Si | No |

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

- | | | | | | |
|---|----|----|------------------|----|----|
| a. Problemas de la respiración o de los pulmones: | Si | No | c. Presión: | Si | No |
| b. Problemas de corazón: | Si | No | d. Convulsiones: | Si | No |

9. ¿Si Usted ha usado un respirador, ¿ha tenido en alguna ocasión alguno de los siguientes problemas? (Si usted nunca ha usado un respirador por favor continúe con la pregunta #10):

- | | | | | | |
|--------------------------------------|----|----|--|----|----|
| a. Irritación de los ojos: | Si | No | d. Agotamiento o debilidad: | Si | No |
| b. Irritación o alergias de la piel: | Si | No | e. Algún otro problema que interfiere el uso del respirador: | Si | No |
| c. Ansiedad: | Si | No | | | |

10. ¿Quiere hablar de sus respuestas con el trabajador de salud el cual va a revisar su cuestionario? Si No

CUESTIONARIO DE EVALUACION MEDICA DE RESPIRADOR -- page 4

(SCBA Máscara completa o aparato completo con aire) Estas preguntas tienen que ser contestadas obligatoriamente por todo empleado que es designado a usar cualquiera de los siguientes respiradores: máscara completa o aparato completo con aire (SCBA).

11. ¿Ha perdido la vista (temporalmente o permanentemente) en uno o ambos ojos? Si No
12. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas de la vista?
- | | | | | | |
|----------------------------|----|----|---|----|----|
| a. Usa lentes de contacto: | Si | No | c. Dificultad en distinguir los colores (acromatopsia): | Si | No |
| b. Usa anteojos: | Si | No | d. Otros problemas con los ojos o vista: | Si | No |
13. ¿Ha tenido un trauma en los oídos, incluyendo daño al tímpano? Si No
14. ¿Actualmente tiene algunos de los siguientes problemas con los oídos?
- | | | | | | |
|-----------------------------|----|----|---|----|----|
| a. Dificultad al oír: | Si | No | c. Cualquier otro problema con el sentido de los oídos: | Si | No |
| b. Usa prótesis en el oído: | Si | No | | | |
15. ¿Se ha lesionado la espalda? Si No
16. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas musculoesquelético?
- | | | | | | |
|--|----|----|---|----|----|
| a. Debilidad de los brazos, manos, piernas y pies: | Si | No | f. Dificultad al mover la cabeza de un lado a otro: | Si | No |
| b. Dolor de la espalda: | Si | No | g. Dificultad al doblar las rodillas: | Si | No |
| c. Dificultad al mover los brazos y piernas: | Si | No | h. Dificultad al ponerse de cuclillas: | Si | No |
| d. Dolor o dificultad al doblar la cintura: | Si | No | i. Subiendo gradas o una escalera cargando más de 25 libras: | Si | No |
| e. Dificultad al mover la cabeza hacia arriba y abajo: | Si | No | j. Cualquier otro problema del esqueleto o de los músculos al cual va interferir con el uso del respirador: | Si | No |

17. Explique brevemente usando los espacios siguientes cada respuesta a las preguntas del 1 a 16 la que es "Sí":

N.º	Letra	Exolicación o descrioción:

CUESTIONARIO DE EVALUACION MEDICA DE RESPIRADOR -- page 5

PARTE B, SECCIÓN 1 • HISTORIA DE TRABAJO Y PASATIEMPOS

1. ¿Ha hecho unos trabajos que requerían que Ud. llevara una careta que tuvo filtro o una careta para protegerse de polvo o gas o un aparato independiente para respirar? Si es así, explique las tareas y díganos ¿cuánto tiempo pasó haciéndolas? _____ Si No
2. ¿Ha hecho unos trabajos, incluyendo el servicio militar, los que regularmente le expusieron a polvos peligrosos, químicos aerotransportados, vapores o gases? Si es así, describanos los tipos de trabajos, los tipos de las exposiciones, el número de días por año que se expuso y el número de años. _____ Si No
3. ¿Tiene un segundo trabajo o pasatiempo que le expone a polvos, químicos aerotransportados, vapores o gases? (Por ejemplo, labranza, soldadura, pintura, trabajo de carrocería, etc.) Sí es así, ¿cuáles son los trabajos o los pasatiempos? ¿Cuáles son los riesgos? Cuántas horas pasa Ud. por año haciéndolos? _____ Si No

PARTE B, SECCIÓN 2 • SU SALUD FÍSICA

1. ¿Le trata a Ud. actualmente un médico a causa de un problema de corazón, pulmón o el sistema circulatorio? Si es así, descríballo: _____ Si No
2. ¿Tiene Ud. dificultad alargada de respirar durante de esforzarse mucho, subirse cuestras a gran distancia, subirse cuestras a gran distancia, subirse escalera, etc.? Si es así, descríballo: _____ Si No
3. ¿Ha recibido la cirugía importante a causa de problemas de corazón o pulmones? Si es así, descríballo: _____ Si No
4. ¿Ha tenido una condición genésica, médica, quirúrgica, o de salud la que causó problemas de respirar que hoy día le impedirían respirar por careta antigás o careta que tiene filtro? Si es así, descríballo: _____ Si No
5. ¿Ha tenido una condición genésica, médica, quirúrgica, o de salud la que causó irregularidades del tejido o de los huesos de la cara, las que impedirían el sello ajustado de careta o del filtro con la cara? Si es así, descríballo: _____ Si No
6. ¿Tiene Ud. un tímpano perforado o los dos perforados? _____ Si No
7. ¿Se lleva normalmente los lentes de receta mientras que trabajar? Si - lentes regulares o lentes de contacto No
8. ¿Debido a un problema de respirarsion o con los pulmones relacionado al trabajo, ¿se ha asignado al trabajoe ligero o se ha excluido del trabajo o se ha tratado en una clínica o hospital? Si es así, ¿cuándo, por qué y cuánto tiempo se requiso? _____ Si No

CUESTIONARIO DE EVALUACION MEDICA DE RESPIRADOR -- page 6

PARTE B, SECCIÓN 3 - REQUISITOS DEL TRABAJO

1. ¿Cuánto tiempo tendrá que usar el respirador?
(Haga círculo alrededor de "Sí" o "No" a todas las respuestas que le pertenecen)
- | | | | | | |
|--|----|----|--|----|----|
| a. Escaparse y libertar a corto plazo: | Si | No | c. Algunos días todo el tiempo durante tareas normales de 2 horas o más: | Si | No |
| b. Una parte normal de tareas poco frecuentes: | Si | No | d. Diario todo el tiempo durante tareas normales de 2 horas o más: | Si | No |
2. Mientras que llevarse el respirador, describa el esfuerzo requerido del trabajo:
- | | | |
|---|----|----|
| a. LIGERO (por ejemplo, hablar, sentarse, clasificar, o montar ligero - menos de 200 kilocalorías por hora): | Si | No |
| b. MEDIO (por ejemplo, sentarse mientras que clavar o limar, trasladar carga que pesa cerca de 35 libras, caminar, regar, o empujar una carretilla - a lo más 350 kilocalorías por hora): | Si | No |
| c. PESADO (por ejemplo, alzar cargas pesadas, trabajar como cargador, como ladrillar, en construcción, desportillar piezas fundidas, subirse a escalera o escala - más de 350 kilocalorías por hora): | Si | No |
3. ¿Estará trabajando en ambiente de mucho calor o mucho frío? Si No
Si es así, describala: _____
4. ¿Tendrá que llevarse la ropa protectora específica al trabajo? Si No
Si es así, describala: _____
5. ¿Estará tropenzando con situaciones peligrosas mientras que trabajar y llevarse el respirador? Si No
(Por ejemplo, trabajar en espacios limitados, atmósfera arriesgada, en la oscuridad, etc.)
Si es así, describala: _____

PARTE B, SECCIÓN 4 - MISCELÁNEO

1. ¿Usted tiene unas condiciones físicas o de salud no mencionadas antes, las que quizás le impidan llevarse y transportar equipo protector, u operar correctamente equipo respiratorio protector (incluyendo inspirar por filtros), o hacer todos los movimientos y esfuerzos requeridos por el trabajo, mientras que llevarse y usar el equipo respiratorio protector que se le asigna? Si No
Si es así, descríbalas: _____
2. ¿Usted tiene unas preocupaciones particulares médicas, de salud, o de seguridad u otras preguntas que quisiera que contestemos, antes de asignarle al trabajo que requiere protección respiratoria? Si No
Si es así, ¿cuáles son las preguntas o preocupaciones? _____

PROVIDERS COMMENT / SIGNATURE

/S/

DATE _____

USE LA FECHA DE EXPIRACION:

**Legacy Medical Group
Occupational Medicine**

1475 Mt. Hood Avenue, Suite 130
Woodburn, OR 97071
917-983-5340 ✦ Fax: 971-983-5343