

Apéndice C: Cuestionario de Evaluación Médico obligado por la OSHA (La agencia de seguridad y salud ocupacional) Parte 29 CFR 1910.134 Mandatorio para Protección del Sistema Respiratorio

Marque con un círculo para indicar sus respuestas a cada pregunta.

Para el empleado: Puede usted leer: Sí No

Su patrón debe dejarlo responder estas preguntas durante horas de trabajo o en un tiempo y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener este cuestionario confidencial, su patrón o supervisor no debe ver o revisar sus respuestas. Su patrón debe informarle a quien dar o enviar este cuestionario para ser revisado por un profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado.

Parte A. Sección 1. (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).

1. Fecha : _____

2. Nombre: _____ ID del paciente: _____

3. Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

4. Su sexo: Masculino Femenino

5. Altura: _____ pies _____ pulgadas

6. Peso: _____

7. Su ocupación, título o tipo de trabajo: _____

No Profesión en la lista: _____

8. Número de teléfono al donde pueda ser llamado por un profesional de sanidad con licencia que revisara este cuestionario (incluya el área): _____

9. Indique la hora mas conveniente para llamarle a este numero: _____

10. ¿Le ha informado su patrón como comunicarse con el profesional de sanidad con licencia que va a revisar este cuestionario Sí No

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

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

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

12. ¿Ha usado algun tipo de respirador ? Sí No

Si ha usado equipo protector respiratorio, que tipo(s) ha utilizado:

Name: _____ Patient ID: _____ DOB: _____

Parte A. Seccion 2. (Mandatorio): Preguntas del 1 al 9 deben ser contestadas por cada empleado que fue seleccionado a usar cualquier tipo de respirador. Marque con un circulo para indicar sus repuestas.

- | | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Corrientemente fuma tabaco, o ha fumado tabaco durante el ultimo mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha tenido algunas de las siguientes condiciones medicas? | | |
| a. Convulsiones: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Diabetes (azucar en la sangre): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Reacciones alergicas que no lo deja respirar: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Claustrofobia (miedo de estar en espacios cerrados): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Dificultad oliendo excepto cuando ha cogido un resfriado: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha tenido algunas de los siguientes problemas pulmonares? | | |
| a. Asbestosis: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Asma: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Bronquitis cronica: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Emfisema: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Pulmonía: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tuberculosis: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Silicosis: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Neumotorax (pulmon colapsado): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Cáncer en los pulmones: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Costillas quebradas: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Injuria o cirujía en el pecho: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Algun otro problema de los pulmones que le ha dicho su medico: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Corrientemente tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones? | | |
| a. Respiración dificultosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Respiración dificultosa cuando camina rapido sobre terreno plano o subiendo una colina: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Respiración dificultosa cuando camina normalmente con otras personas sobre terreno plano: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cuando camina normalmente en terreno plano se encuentra corto de resuello? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Respiración dificultosa cuando se esta bañando o vistiendo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Respiración dificultosa que lo impede trabajar: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tos con flema: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tos que lo despierta temprano en la mañana: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Tos que ocurre cuando esta acostado: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Ha tosido sangre en el ultimo mes: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Silbar o respirar con mucha dificultad: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Silbar que lo impede trabajar: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Dolor del pecho cuando respira profundamente: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Otros síntomas que crea usted estar relacionados a los pulmones: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Name: _____ Patient ID: _____ DOB: _____

Parte A. Seccion 2. (Mandatorio) (Continuado):

5. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas con el corazón?
- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Ataque cardíaco: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ataque cerebrovascular: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Dolor en el pecho: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Falla de corazón: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hinchazón en las piernas o pies (que no sea por caminar): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Latidos irregulares del corazón: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Alta presión: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Algun otro problema cardio-vascular o cardiaco: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas causados por su corazón?
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Dolor de pecho frecuente o pecho apretado: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Dolor o pecho apretado durante actividad física: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Dolor o pecho apretado que no lo deja trabajar normalmente: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En los últimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Dolor en el pecho o indigestion que no es relacionado a la comida: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Algunos otros síntomas que usted piensa ser causado por problemas de su corazón o de su circulation: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
7. ¿Esta tomando medicina por alguno de los siguientes problemas?
- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Respiración dificultosa: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Problemas del corazón: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alta presión : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Convulsiones: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
8. ¿Le ha causado alguno de los siguientes problemas usando el respirador?
(si no ha usado un respirador, deje esta pregunta en blanco__ y continúe con pregunta 9).
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Irritación de los ojos: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alergias del cutis o sarpullido: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ansiedad que ocurre solamente cuando usa el respirado: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Debilidad, falta de vigor o fatiga desacostumbrada: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Algun otro problema que le impida utilizar su respirador: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
9. ¿Le gustaria hablar con el profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado que revisara este cuestionario sobre sus respuestas?
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Name: _____ Patient ID: _____ DOB: _____

Las preguntas del 10 al 15 deben ser contestadas por los empleados seleccionados para usar una máscara con cartucho químico o aparato respiratorio autónomo (SCBA). Los empleados que usan otro tipo de respirador no tienen que contestar estas preguntas.

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. ¿Ha perdido la vista en cualquiera de sus ojos (temporalmente o permanente): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Corrientemente tiene algunos de los siguientes problemas con su vista? | | |
| a. Usa lentes de contacto: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Usa lentes: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Daltoniano (dificultad distinguiendo colores): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tiene algún problema con sus ojos o su vista: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Ha tenido daño en sus oídos incluyendo rotura del tímpano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Corrientemente tiene uno de las siguientes problemas para oír? | | |
| a. Dificultad oyendo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Usa un aparato para oír: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tiene algún otro problema con sus oídos o dificultad escuchando: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Se ha dañado o lastimado su espalda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Tiene uno de los siguientes problemas de su aparato muscular or esqueleto? | | |
| a. Debilidad en sus brazos, manos, piernas o pies : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Dolor de espalda: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Dificultad para mover sus brazos y piernas completamente: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Dolor o engarrotamiento cuando se inclina para adelante o para atrás: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Dificultad para mover su cabeza para arriba o para abajo completamente: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Dificultad para mover su cabeza de lado a lado: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Dificultad para agacharse doblando sus rodillas: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Dificultad para agacharse hasta tocar el piso: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Dificultad subiendo escaleras cargando mas de 25 libras: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Alguno problema muscular o con sus huesos que le evite usar un respirador: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Examiner Comentarios:

Name: _____ Patient ID: _____ DOB: _____

Parte B - Las siguientes preguntas pueden ser agregadas al cuestionario a discrecion del profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado.

1. ¿Esta trabajando en las alturas arriba de 5,000 pies o en sitios que tienen menos oxígeno de lo normal? Sí No

Si la respuesta es "Sí", se ha sentido mareado, o ha tenido dificultad respirando, palpitaciones, o cualquier otro síntoma que usted no tiene cuando no esta trabajando bajo estas condiciones:

2. ¿En el trabajo o en su casa, ha estado expuesto a solventes o contaminantes peligrosos en el aire (por ejemplo, humos, neblina o polvos) o ha tenido contacto del cutis con químicas peligrosas?

Escriba las químicas y productos con las que ha estado expuesto, si sabe cuales son:

3. ¿Ha trabajado con los siguientes materiales o las condiciones anotadas abajo?:

- a. Asbestos
- b. Sílice (Limpiar mediante un chorro de arena)
- c. Tungsteno/Cobalto (pulverizar o soldadura)
- d. Berilio
- e. Aluminio
- f. Carbón de piedra (minando)
- g. Hierro
- h. Estaño
- i. Ambiente polvoriento
- j. Otra exposicion peligrosa

Describe las exposiciones peligrosas:

4. ¿Tiene usted otro trabajo o un negocio aparte de este?

5. Apunte su previos trabajos:

6. Apunte sus pasatiempos:

7. ¿Tiene servicio militar?

Si la respuesta es "Sí", ha estado expuesto a agentes químicos o biologicos durante entrenamiento o combate:

Name: _____ Patient ID: _____ DOB: _____

8. ¿Alguna vez ha trabajado en un equipo de HAZMAT (equipo respondedor a incidentes de materiales peligrosos con emergencia)? Sí No

9. ¿Esta tomando alguna medicina que no haya mencionado en este cuestionario (incluyendo remedios caseros o medicinas que compra sin receta)? Sí No

Si la respuesta es "Sí", cuales son:

10. ¿Va a usar algunas de las siguientes partes con su respirador?

- a. filtros HEPA (filtro de alta eficiencia que remueve partículas tóxicas en la atmósfera): Sí No
- b. Canastillo (por ejemplo, máscara para gas): Sí No
- c. Cartuchos: Sí No

11. ¿Cuántas veces espera usar un respirador?

- a. Para salir de peligro solamente (no rescates)
- b. Recates de emergencia solamente
- c. Menos de 5 horas por semana
- d. Menos de 2 horas por día
- e. 2 a 4 horas por día
- f. Mas de 4 horas por día

12. ¿Durante el tiempo de usar el respirador, su trabajo es...?

a. **Ligero** (menos de 200 kcal por hora) Sí No

Si la respuesta es "sí", cuanto tiempo dura la obra ___ horas ___ minutos

Ejemplos de trabajos ligeros: estar sentado escribiendo, escribiendo a máquina, diseñando, trabajando la línea de montaje, o estar parado gobernando un taladro o máquinas:

b. **Moderado** (200-350 kcal por hora) Sí No

Si la respuesta es "sí" cuanto tiempo dura en promedio por jornada ___ horas ___ minutos

Ejemplos de trabajos moderados : sentado clavando o archivando; manejando un camión o autobús en trafico pesado; estar de pie taladrando, clavando, trabajando la línea de montaje, o transfiriendo una carga (de 35 libras) a la altura de la cintura; caminando sobre tierra plana a 2 millas por hora o bajando a 3 millas por hora; empujando una carretilla con una carga pesada (de 100 libras) sobre terreno plano.

c. **Pesado** (mas de 350 kcal por hora) Sí No

Si la respuesta es "sí" cuanto tiempo dura en promedio por jornada ___ horas ___ minutos

Ejemplos de trabajos pesados: levantando cargas pesadas (mas de 50 libras) desde el piso hasta la altura de la cintura o los hombros; trabajando cargando o descargando; transpalar; estar de pie trabajando de albañil o demenzando moldes; subiendo a 2 millas por hora; subiendo la escalera con una carga pesada (mas de 50 libras).

Name: _____ Patient ID: _____ DOB: _____

Sí No

13. ¿Va a estar usando ropa o equipo protector cuando use el respirador?

Si " sí", describa esta ropa y / o equipo de protección:

14. ¿Va a estar trabajando en condiciones calurosas (temperatura mas de 77 grados F)?

15. ¿Va a estar trabajando en condiciones húmedas?

16. Describa el trabajo que va a hacer mientras está usando su respirador (s):

17. Describa cualquier situación especial o peligrosa que pueda encontrar cuando este usando el respirador (por ejemplo, espacios encerrados, gases que lo puedan matar, etc.)

18. Provea la siguiente información si la sabe, por cada sustancia tóxica que usted va a estar expuesto cuando este usando el respirador(s):

Nombre de la primera sustancia tóxica

Nivel máximo de exposición por día

Tiempo de exposición por jornada

Nombre de la segunda sustancia tóxica

Nivel máximo de exposición por día

Tiempo de exposición por jornada

Nombre de la tercera sustancia tóxica

Nivel máximo de exposición por día

Tiempo de exposición por jornada

El nombre de cualquier otra sustancia tóxica que usted va a estar expuesto cuando está usando el respirador:

19. Describa alguna responsabilidad especial que usted va a tener cuando usted este usado el respirador(s) que pueda afectar la seguridad o la vida de otros (por ejemplo, rescate, seguridad).
