Reading Hospital
Occupational Health Services
1000 Tuckerton Court
Reading, PA 19605
Phone: 484-628-4000
Fax: 484-628-4004

Compania: _____

Nombre: _____

Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento:: _____

Apéndice C: Cuestionario de Evaluación Médico obligado por la OSHA

(La agencia de seguridad y salud ocupacional)

Parte 29 CFR 1910.134 Mandatorio para Proteccion del Sistema Respiratorio

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

Para el empleado:

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: _____

3. Edad: _____

4. Su sexo (circule uno) Masculino o Femenino

5. Altura: _____pies _____pulgadas

6. Peso: _____libras

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

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 (circule una respuesta)? . . . . Sí o No

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

a._____ Respirador disponible de clase N, R, o P (por ejemplo: respirador de filtro mécanico, 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 o No

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

_____

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.

1. ¿Corrientemente fuma tabaco, o ha fumado tabaco durante el ultimo mes? . . .. Sí o No

2. ¿Ha tenido algunas de las siguientes condiciones medicas?

a. Convulsiones : . . . . . Sí o No
b. Diabetes (azucar en la sangre): . . . . . Sí o No
c. Reacciones alergicas que no lo deja respirar: . . . . . Sí o No
d. Claustrofobia (miedo de estar en espacios cerrados): . . . . . Sí o No
e. Dificultad oliendo excepto cuando ha cogido un resfriado: . . . . . Sí o No

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

a. Asbestosis: . . . . . Sí o No
b. Asma: . . . . . Sí o No
c. Bronquitis cronica: . . . . . Sí o No
d. Emfisema: . . . . . Sí o No
e. Pulmonía: . . . . . Sí o No
f. Tuberculosis: . . . . Sí o No
g. Silicosis: . . . . . Sí o No
h. Neumotorax (pulmon colapsado): . . . . . Sí o No
i. Cáncer en los pulmones: . . . . . Sí o No
j. Costillas quebradas: . . . . . Sí o No
k. Injuria o cirujía en el pecho: . . . . . Sí o No
l. Algun otro problema de los pulmones que le ha dicho su medico: . . . . . Sí o No

4. ¿Corrientemente tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?

a. Respiración dificultosa . . . . . Sí o No
b. Respiración dificultosa cuando camina rapido sobre terreno plano o subiendo una colina: . . . . . Sí o No
c. Respiración dificultosa cuando camina normalmente con otras personas sobre terreno plano: . . . . . Sí o No
d. Cuando camina normalmente en terreno plano se encuentra corto de resuello? . Sí o No
e. Respiración dificultosa cuando se esta bañando o vistiendo: . . . . Sí o No
f. Respiración dificultosa que lo impede trabajar: . . . . . Sí o No
g. Tos con flema: . . . . . Sí o No
h. Tos que lo despierta temprano en la mañana: . . . . . Sí o No
i. Tos que occure cuando esta acostado: . . . . . Sí o No
j. Ha tosido sangre en el ultimo mes: . . . . . Sí o No
k. Silbar o respirar con mucha dificultad: . . . . . Sí o No
l. Silbar que lo impede trabajar: . . . . . Sí o No
m. Dolor del pecho cuando respira profundamente: . . . . . Sí o No
n. Otros símtomas que crea usted estar relacionados a los pulmones: . . . . . Sí o No

5. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas con el corazón?

a. Ataque cardiaco: . . . . . Sí o No
b. Ataque cerebrovascular: . . . . . Sí o No
c. Dolor en el pecho: . . . . Sí o No
d. Falla de corazón: . . . . Sí o No
e. Hinchazón en las piernas o pies (que no sea por caminar): . . . . . Sí o No
f. Latidos irregulares del corazón: . . . . . Sí o No
g. Alta presión: . . . . . Sí o No
h. Algun otro problema cardio-vascular o cardiaco: . . . . . Sí o No

6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas causados por su corazón?

a. Dolor de pecho frecuente o pecho apretado: . . . . . Sí o No
b. Dolor o pecho apretado durante actividad fisica: . . . . . Sí o No
c. Dolor o pecho apretado que no lo deja trabajar normalmente: . . . . . Sí o No
d. En los ultimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente: . . . . . Sí o No
e. Dolor en el pecho o indigestion que no es relacionado a la comida: . . . . . Sí o No
f. Algunos otros síntomas que usted piensa ser causado por problemas de su corazón o de su circulation. . . . . Sí o No

7. ¿Esta tomando medicina por algunso de los siguientes problemas?

a. Respiración dificultosa: . . . . . Sí o No
b. Problemas del corazón: . . . . . Sí o No
c. Alta presión : . . . . . Sí o No
d. Convulsiones: . . . . Sí o No

8. ¿Le ha causado alguno de los siguientes problemas usando el respirador? (si no ha usado un respirador, deje esta pregunta en blanco__ y continue con pregunta 9).

a. Irritación de los ojos: . . . . . Sí o No
b. Alergias del cutis o sarpullido: . . . . . Sí o No
c. Ansiedad que ocurre solamente cuando usa el respirado: . . . . . Sí o No
d. Debilidad, falta de vigor o fatiga desacostumbrada: . . . . . Sí o No
e. Algun otro problema que le impida utilizar su respirador: . . . . Sí o No

9. ¿Le gustaria hablar con el profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado que revisara este cuestionario sobre sus respuestas? . . . . . Sí o No

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.

10. ¿Ha perdido la vista en cualquiera de sus ojos (temporalmente o permanente): Sí o No

11. ¿Corrientemente tiene algunos de los siguientes problemas con su vista?

a. Usa lentes de contacto: . . . . . Sí o No
b. Usa lentes: . . . . . Sí o No
c. Daltoniano (dificultad distinguiendo colores): . . . . . Sí o No
d. Tiene algún problema con sus ojos o su vista: . . . . . Sí o No

12. ¿Ha tenido daño en sus oidos incluyendo rotura del tímpano: . . . . . Sí o No

13. ¿Corrientemente tiene uno de las siguientes problemas para oir?

a. Dificultad oyendo: . . . . . Sí o No
b. Usa un aparato para oir: . . . . . .Sí o No
c. Tiene algun otro problema con sus oidos o dificultad escuchando: . . . . . Sí o No

14. ¿Se ha dañado o lastimado su espalda? . . . . . Sí o No

15. ¿Tiene uno de los siguientes problemas de su aparato muscular or eskeleto?

a. Debilidad en sus brazos, manos, piernas o pies : . . . . . Sí o No
b. Dolor de espalda: . . . . . Sí o No
c. Dificultad para mover sus brazos y piernas completamente: . . . . . Sí o No
d. Dolor o engarrotamiento cuando se inclina para adelante o para atras: . . . . . Sí o No
e. Dificultad para mover su cabeza para arriba o para abajo completamente: . . . . Sí o No
f. Dificultad para mover su cabeza de lado a lado: . . . . . Sí o No
g. Dificultad para agacharse doblando sus rodillas: . . . . . Sí o No
h. Dificultad para agacharse hasta tocar el piso: . . . . Sí o No
i. Dificultad subiendo escaleras cargando mas de 25 libras: . . . . . Sí o No
j. Alguno problema muscular o con sus huesos que le evite usar un respirador: . . Sí o No

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 o 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: . . . . . .Sí o No

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? . . . . . .Sí o No

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: . . . . . .Sí o No
b. Sílice (Limpiar mediante un chorro de arena): . . . . . .Sí o No
c. Tungsteno/Cobalto (pulverizar o soldadura): . . . . . .Sí o No
d. Berilio: . . . . . Sí o No
e. Aluminio: . . . . . Sí o No
f. Carbón de piedra (minando): . . . . . Sí o No
g. Hierro: . . . . . Sí o No
h. Estaño: . . . . . Sí o No
i. Ambiente polvoriento: . . . . Sí o No
j. Otra exposicion peligrosa: . . . . Sí o No

Describa 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? . . . . . Sí o No

Si la respuesta es "Sí", ha estado expuesto a agentes químicos o biologicos durante entrenamiento o combate: . . . . . Sí o No

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

9. ¿Esta tomando alguna medicina que no haya mencionado en este cuestionario (incluyendo remedios caseros o medicinas que compra sin receta)? . . . . . Sí o 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 o No
b. Canastillo (por ejemplo, máscara para gas): . . . . . Sí o No
c. Cartuchos: . . . . . .Sí o No

11. ¿Cuántas veces espera usar un respirador?

a. Para salir de peligro solamente (no rescates): . . . . . .Sí o No
b. Recates de emergencia solamente: . . . . . .Sí o No
c. Menos de 5 horas por semana: . . . . . Sí o No
d. Menos de 2 horas por día: . . . . . Sí o No
e. 2 a 4 horas por d*ía*: . . . . . .Sí o No
f. Mas de 4 horas *por día*: . . . . . Sí o No

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

a. **Ligero** (menos de 200 kcal por hora): . . . . . Sí o 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 o 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 transferiendo 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 o 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; transpalear; estar de pie trabajando de albañil o demenuzando moldes; subiendo a 2 millas por hora; subiendo la escalera con una carga pesada (mas de 50 libras).

13. ¿Va a estar usando ropa o equipo protectivo cuando use el respirador? . . . . . Sí o No

Si la respuesta es "sí" describa que va a estar usando_____

_____

14. ¿Va a estar trabajando en condiciones calurosas (temperatura mas de 77 grados F)? . . . . . .Sí o No

15. ¿Va a estar trabajando en condiciones humedas? . . . . . .Sí o No

16. Describa el tipo de trabajo que va a estar usted haciendo cuando use el respirador.

_____

_____

17. Describa cualquier situacion 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 informacion 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_____
Maximo nivel de exposición por jornada de trabajo_____
Tiempo de exposición por jornada_____
Nombre de la segunda sustancia tóxica_____
Maximo nivel de exposición por jornada de trabajo_____
Tiempo de exposición por jornada_____
Nombre de la tercera sustancia tóxica_____
Máximo nivel de exposición por jornada de trabajo_____
Tiempo de exposición por jornada_____
El nombre de cualquier sustancia tóxica que usted va a estar expuesto cuando este usted 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). _____