



Apéndice C de la sección. 1910.134: OSHA respirador cuestionario de evaluación médica (Obligatorio)

Para el empleador: Respuestas a las preguntas en la Sección 1, y a la pregunta 9 en la Sección 2 de la Parte A, no requieren un examen médico.

Para el empleado:

¿Puede usted leer (circule uno): Sí / No

Su empleador debe permitirle responder estas preguntas durante horas normales de trabajo, o en un momento y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener su confidencialidad, su empleador o supervisor no debe mirar o repasar sus respuestas, y su empleador debe decirle cómo entregar o enviar este cuestionario al profesional de la salud que va a revisar.

Parte A. Sección 1. (Obligatoria) La siguiente información debe ser provista por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (por favor).

1. La fecha de hoy : _____

2. Su nombre : _____

3. Su edad (el año más próximo a): _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

4. Sexo (circule uno): Masculino / Femenino

5. Su altura: _____ pies pulgadas

6. Su peso: _____ libras.

7. Su cargo : _____

8. Un número de teléfono donde puede ser alcanzado por el profesional de atención médica que revisará este cuestionario (incluya el código de área): _____

9. El mejor momento para llamarle a este número: _____

10. Tiene su empleador le dijo cómo ponerse en contacto con el profesional de atención médica que revisará este cuestionario (circule uno): Sí / No

11. Compruebe el tipo de respirador que usted usará (puede marcar más de una categoría):

a. _____ N, R, o P respirador desechable (mascara con filtro, del tipo sin cartucho).

b. _____ Otro tipo (por ejemplo, o medio-tipo máscara, purificador de aire, con suministro de aire, equipo autónomo de respiración).

12. ¿Ha utilizado usted un respirador (circule uno): Sí / No

Si "sí", ¿qué tipo (s)
): _____

Parte A. Sección 2. (Obligatorio) Las preguntas 1 a 9 deben ser contestadas por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (por favor marque "sí" o "no").

1. **¿Actualmente**, el humo del tabaco, o ha fumado tabaco en el último mes: Sí / No

2. ¿Alguna **vez** ha **tenido** alguna de las siguientes condiciones?

- a. Convulsiones (ataques epilépticos): Sí / No
- b. Diabetes (azúcar): Sí / No
- c. Reacciones alérgicas que interfieren con la respiración: Sí / No
- d. Claustrofobia (miedo a encontrarse en lugares cerrados): Sí / No
- e. Problemas olor olores: Sí / No

3. ¿Alguna **vez** ha **tenido alguno** de los siguientes pulmonar o problemas de pulmón?

- a. Asbestosis: Sí / No
- b. Asma: Sí / No
- c. La bronquitis crónica: Sí / No
- d. Enfisema: Sí / No
- e. Neumonía: Sí / No
- f. Tuberculosis: Sí / No
- g. ilicosis: Sí / No
- h. Neumotórax (pulmón colapsado): Sí / No
- i. El cáncer de pulmón: Sí / No
- j. Costillas rotas: Sí / No
- k. Cualquier tipo de lesion o cirugías: Sí / No
- l. Cualquier problema de los pulmones que le han dicho acerca de: Sí / No

4. ¿Tiene **actualmente** alguno de los siguientes síntomas de enfermedades pulmonares o del pulmón?

- a. Dificultad para respirar: Sí / No
- b. Falta de aliento al caminar rápido sobre terreno plano o subiendo una pequeña colina o inclinación: Sí / No
- c. Falta de aliento al caminar con otras personas a un ritmo normal sobre terrenos planos: Sí / No
- d. Tiene que parar para tomar aliento cuando camina a su propio ritmo a nivel del suelo: Sí / No
- e. Falta de aliento al lavarse o vestirse: Sí / No
- f. Falta de aliento que interfiere con su trabajo: Sí / No
- g. Tos que produce flema (esputo grueso): Sí / No
- h. Tos que lo despierta temprano en la mañana: Sí / No

- i. Tos que ocurre principalmente cuando se está acostado: Sí / No
- j. Tos con sangre en el último mes: Sí / No
- k. Respira con dificultad: Sí / No
- l. Respira con dificultad que interfiere con su trabajo: Sí / No
- m. Dolor en el pecho cuando respira profundamente: Sí / No
- n. Cualquier otro síntoma que usted piensa que puede estar relacionado con problemas en los pulmones: Sí / No

5. ¿Alguna **vez has tenido alguno** de los siguientes problemas cardiovasculares ó del corazón?

- a. Ataque cardíaco: Sí / No
- b. Carrera: Sí / No
- c. Angina de pecho: Sí / No
- d. Insuficiencia cardíaca: Sí / No
- e. Hinchazón en las piernas o los pies (no causado por caminar): Sí / No
- f. Arritmia (latido irregular del corazón): Sí / No
- g. La presión arterial alta: Sí / No
- h. Cualquier otro problema del corazón que le han dicho acerca de: Sí / No

6. ¿Alguna **vez has tenido alguno** de los siguientes síntomas cardiovasculares ó del corazón?

- a. Dolor frecuente o sensación de opresión en el pecho: Sí / No
- b. Dolor o presión en el pecho durante la actividad física: Sí / No
- c. Dolor o presión en el pecho que interfiere con su trabajo: Sí / No
- d. En los últimos dos años, han notado que su corazón saltar o perder el ritmo: Sí / No
- e. Acidez estomacal o indigestión que no está relacionada con la comida: Sí / No
- f. Cualquier otro síntoma que usted piensa que puede estar relacionada con problemas cardiacos o circulatorios: Sí / No

7. ¿**Actualmente está tomando** medicamentos para tratar alguno de los siguientes problemas?

- a. Problemas respiratorios o pulmonares: Sí / No
- b. Problemas del corazón: Sí / No
- c. Presión sanguínea: Sí / No
- d. Convulsiones (ataques epilépticos): Sí / No

8. Si usted ha utilizado un respirador, ¿alguna **vez ha tenido alguno** de los siguientes problemas? (Si usted nunca ha usado un respirador, marque la casilla y pasar a la pregunta 9:)

- a. Irritación de los ojos: Sí / No
- b. Las alergias de la piel o salpullido: Sí / No
- c. Ansiedad: Sí / No
- d. Debilidad o fatiga: Sí / No
- e. Cualquier otro problema que interfiere con el uso de un respirador: Sí / No

9. ¿Te gustaría hablar con el profesional de atención médica que revisará este cuestionario sobre sus respuestas a este cuestionario: Sí / No

Las preguntas 10 a 15 deben ser contestadas por cada empleado que ha sido seleccionado para usar un respirador de máscara completa o de un equipo autónomo de respiración autónoma (SCBA). Para los empleados que han sido seleccionados para el uso de otros tipos de respiradores, contestar a estas preguntas es voluntario.

10. ¿Alguna **vez** ha **perdido la** visión en ambos ojos (temporalmente o permanente) Sí/No

11. ¿Tiene **actualmente** alguno de los siguientes problemas de visión?

- a. Usa lentes de contacto: Sí / No
- b. Usa lentes: Sí / No
- c. Color Blind: Sí / No
- d. Cualquier otro ojo o problema de visión: Sí / No

12. ¿Alguna **vez has tenido** una lesión en los oídos, incluyendo una oreja rota tambor: Sí / No

13. ¿Tiene **actualmente** alguno de los siguientes problemas para oír?

- a. Dificultad para oír: Sí / No
- b. Usar un audífono: Sí / No
- c. Cualquier otro problema de audición del oído: Sí / No

14. ¿Alguna **vez has tenido** una lesión en la espalda: Sí / No

15. ¿Tiene **actualmente** alguno de los siguientes problemas musculoesqueléticos?

- a. La debilidad en cualquiera de sus brazos, manos, piernas o pies: Sí / No
- b. El dolor de espalda: Sí / No
- c. Dificultad para mover sus brazos y piernas: Sí / No
- d. Dolor o la rigidez cuando se inclina hacia adelante o hacia atrás en la cintura: Sí / No
- e. Dificultad para mover la cabeza hacia arriba o hacia abajo: Sí / No
- f. Dificultad para mover su cabeza de lado a lado: Sí / No
- g. Dificultad para doblar sus rodillas: Sí / No
- h. Dificultad en cuclillas en el suelo: Sí / No
- i. Subir una escalera o una escalera que transporten más de 25 libras: Sí / No
- j. Cualquier problema muscular o esquelético que interfiere con el uso de un respirador: Sí / No

Parte B Cualquiera de las siguientes preguntas, y otras cuestiones no incluidas, se pueden agregar al cuestionario en la discreción del profesional de la salud que va a revisar el cuestionario.

1. En su trabajo actual, está trabajando a gran altura (más de 5.000 pies) o en un lugar que tiene más bajos que las cantidades normales de oxígeno: Sí / No

Si "sí", ¿tiene usted la sensación de mareo, falta de aliento, palpitaciones en el pecho u otros síntomas cuando usted está trabajando bajo estas condiciones: Sí / No

2. En el trabajo o en casa, ¿alguna vez ha estado expuesto a solventes peligrosos, productos químicos peligrosos en el aire (por ejemplo, gases, vapores o polvo), o ha entrado en contacto con la piel con productos químicos peligrosos: Sí / No

Si "sí", nombre de los productos químicos si usted los sabe : _____

3. ¿Alguna vez ha trabajado con alguno de los materiales, o bajo cualquiera de las condiciones, se enumeran a continuación:

- | | |
|---|---------|
| a. Amianto: | Sí / No |
| b. De sílice (por ejemplo , en el chorro de arena): | Sí / No |
| c. De tungsteno / cobalto (por ejemplo, la pulverización o soldadura de este material): | Sí / No |
| d. Berilio: | Sí / No |
| e. Aluminio: | Sí / No |
| f. Carbón (por ejemplo, la minería): | Sí / No |
| g. Hierro: | Sí / No |
| h. Estaño: | Sí / No |
| i. Entornos Dusty: | Sí / No |
| j. Cualquier otras exposiciones peligrosas: | Sí / No |

Si "sí", describen estas exposiciones : _____

4. Segunda lista de puestos de trabajo o negocios secundarios que han : _____

5. Lista de ocupaciones anteriores a su : _____

6. Lista de los pasatiempos actuales y anteriores de su : _____

7. ¿Has estado en el servicio militar? Sí / No

Si "sí", fue expuesto a agentes biológicos o químicos (ya sea en entrenamiento o combate): Sí / No

8. ¿Alguna vez has trabajado en un equipo de HAZMAT? Sí / No

9. Aparte de los medicamentos para problemas respiratorios y de pulmón, problemas cardíacos, presión arterial y convulsiones se mencionó anteriormente en este cuestionario, se están tomando otros medicamentos por cualquier razón (incluyendo los medicamentos de venta libre): Sí / No

Si "sí", el nombre del medicamento, si las conoce : _____

10. ¿Va a utilizar cualquiera de los siguientes documentos con el respirador (s)?

- a. Los filtros HEPA: Sí / No
- b. Latas (por ejemplo, máscaras de gas): Sí / No
- c. Cartuchos: Sí / No

11. ¿Con qué frecuencia se espera que usted use el respirador (s) (círculo "sí" o "no" para todas las respuestas que se aplican a usted)?:

- a. Escape solamente (no rescates): Sí / No
- b. De rescate de emergencia solamente: Sí / No
- c. Menos de 5 horas **por semana:** Sí / No
- d. Menos de 2 horas **por día:** Sí / No
- e. 2 a 4 horas por día: Sí / No
- f. Más de 4 horas por día: Sí / No

12. Durante el período que está utilizando el respirador (s), su trabajo es:

- a. **De luz** (menos de 200 kcal por hora): Sí / No

Si "sí", ¿cuánto tiempo dura este último período durante el turno de media : _____ hrs. _____ mins.

Ejemplos de trabajos ligeros: **estar sentado** escribiendo, escribir, redactar, o la realización de los trabajos de montaje de luz, o **de pie** mientras se opera un taladro (1-3 lbs.) O el control de las máquinas.

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

Si "sí", ¿cuánto tiempo dura este último período durante el turno de media : _____ hrs. _____ mins.

Ejemplos de trabajos moderados: **sentado** clavando o archivando, **maneja**ndo un camión o autobús en tráfico urbano; **pie taladrando**, clavando, trabajando la Asamblea, o transferir una carga moderada (cerca de 35 lbs.) A nivel del tronco, **caminando** en un nivel superficie de alrededor de 2 millas por hora o por una 5-grado grado cerca de 3 mph, o **empujando** una carretilla con una carga pesada (cerca de 100 lbs.) en una superficie plana.

- 3. **Pesados** (por encima de 350 kcal por hora): Sí / No

Si "sí", ¿cuánto tiempo dura este último período durante el turno de media : _____ hrs. _____ mins.

Ejemplos de trabajos pesados: **levantando** una carga pesada (cerca de 50 lbs.) Desde el suelo hasta la cintura o de hombro, trabajando en un muelle de carga, **pala, estar de pie** albañil o partiendo moldes; **subir** un 8-grado grado 2 millas por hora; subir escaleras con una carga pesada (cerca de 50 lbs.).

13. Va a estar usando ropa protectora y / o equipo (salvo el respirador) cuando esté usando el respirador: Sí / No

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

14. Vas a trabajar en condiciones de calor (temperaturas superiores a 77 grados. F) Sí / No

15. Vas a trabajar en condiciones de humedad: Sí / No

16. Describa el trabajo que vamos a hacer mientras esté usando el respirador (s):

17. Describa cualquier condición especial o peligrosa que puede encontrar cuando esté usando el respirador (s) (por ejemplo, espacios confinados, amenazan la vida de gases):

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

Nombre de la sustancia tóxica primera

: _____

Nivel estimado de exposición máxima por turno : _____

Duración de la exposición por turno

: _____

Nombre de la sustancia tóxica segundo

: _____

Nivel estimado de exposición máxima por turno : _____

Duración de la exposición por turno

: _____

Nombre de la sustancia tóxica tercera

: _____

Nivel estimado de exposición máxima por turno : _____

Duración de la exposición por turno

: _____

El nombre de cualquier otra sustancia tóxica que usted va a estar expuesto al mismo tiempo usando el respirador:

19. Describir las funciones especiales que tendrás al usar el respirador (s) que puede afectar a la seguridad y el bienestar de los demás (por ejemplo, rescate, seguridad):
