

# CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

---

## CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA (OBLIGATORIO)

**TRABAJADOR:** Su empleador debe permitirle contestar estas preguntas durante horas normales de trabajo o durante un tiempo y lugar que le sea conveniente a usted. Para mantener su confidencialidad, su empleador o supervisor no debe ver o revisar sus respuestas. Su empleador deberá decirle como enviar o entregar este cuestionario al profesional de cuidado de la salud que lo revisará.

**Parte A. Sección 1.** Cada trabajador elegido para usar cualquier tipo de respirador debe proporcionar la siguiente información (use letra de molde).

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Ocupación, título o tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: M / F Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Dé un número de teléfono donde el profesional de salud que revisará este cuestionario pueda comunicarse con usted (incluya el Código de Área)

La mejor hora de hablarle ha este teléfono: \_\_\_\_\_

¿Su patrón le explicó como comunicarse con el profesional de salud que revisará este cuestionario? (circule uno) Sí / No

Marque el tipo de respirador que usará (puede marcar más de una categoría):

- a. \_\_\_\_ N, R, o P respirador desechable (máscara de filtro solamente sin cartucho).
- b. \_\_\_\_ Otro tipo (por ejemplo, máscara de media cara o cara completa, purificadores motorizados, de suministro de aire, equipo autónomo de respiración).

¿Ha usado usted un respirador antes? (circule uno) Sí / No

Si "afirmativo", ¿que tipo(s)?:

---

# CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

---

**Parte A. Sección 2.** Cualquier trabajador elegido ha usar cualquier tipo de respirador debe contestar las preguntas del 1 al 9 (circule sí o no).

1. ¿En la *actualidad*, fuma tabaco, o ha fumado tabaco en el último mes? Si / No
  
  2. ¿Ha padecido usted de lo siguiente?
    - a. Convulsiones Si / No
    - b. Diabetes (azúcar en la sangre) Si / No
    - c. Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración Si / No
    - d. Claustrofobia (temor a espacios cerrados) Si / No
    - e. Problemas del olfato Si / No
  
  3. ¿Ha padecido en *cualquier tiempo* usted de los siguientes problemas pulmonares?
    - a. Asbestosis Si / No
    - b. Silicosis Si / No
    - c. Asma Si / No
    - d. Neumotorax (desinfe del pulmón) Si / No
    - e. Bronquitis crónica Si / No
    - f. Cáncer del pulmón Si / No
    - g. Enfisema Si / No
    - h. Fracturas de las costillas Si / No
    - i. Neumonía Si / No
    - j. Cualquier lesión o cirugía del pecho Si / No
    - k. Tuberculosis Si / No
    - l. Cualquier otro problema del pulmón del cual se le ha informado Si / No
  
  4. ¿*Actualmente* tiene usted alguno de los siguientes síntomas pulmonares o enfermedades del pulmón?
    - a. Falta de aire Si / No
    - b. Falta de aire cuando camina rápido sobre una superficie plana o una cuesta leve o una inclinación Si / No
    - c. Falta de aire cuando camina con otras personas a un ritmo normal sobre una superficie plana Si / No
    - d. Tener que detenerse a coger aire cuando camina a su propio paso sobre superficie plana Sí / No
    - e. Falta de aire cuando usted se lava o se viste Sí / No
    - f. Falta de aire que interfiere con su trabajo Sí / No
    - g. Tos que produce flema espesa Sí / No
    - h. Tos que lo despierta temprano por la mañana Sí / No
    - i. Tos que se pasa más cuando esta acostado Sí / No
    - j. Tos con sangre (durante el ultimo mes) Sí / No
    - k. Respiración jadeante Sí / No
    - l. Respiración jadeante, que interfiere con su trabajo Sí / No
    - m. Dolor en el pecho cuando respira profundamente Sí / No
    - n. Cualquier otro síntoma que usted cree que puede estar relacionado con problemas del pulmón Sí / No
-

# CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

---

5. ¿Ha padecido en *cualquier tiempo* alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?

- |  |         |
|--|---------|
| a. Ataque al corazón   | Sí / No |
| b. Derrame cerebral o Embolia                                | Sí / No |
| c. Angina  | Sí / No |
| d. Falla del corazón   | Sí / No |
| e. Hinchazón de las piernas o pies (no causado por el andar) | Sí / No |
| f. Arritmias del corazón (palpitación irregular)             | Sí / No |
| g. Presión alta de la sangre                                 | Sí / No |
| h. Otros problemas del corazón del cual se le ha informado   | Sí / No |

6. ¿Ha padecido *cualquier tiempo* los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?

- |   |         |
|---|---------|
| a. Dolor o presión frecuente del pecho  | Sí / No |
| b. Dolor o presión en el pecho durante actividad física   | Sí / No |
| c. Dolor o presión en el pecho que interfiere con su trabajo  | Sí / No |
| d. En los últimos dos años ha notado que le salta o le falta un latido al corazón                   | Sí / No |
| e. Agrura o indigestión, no ocasionada por la comida  | Sí / No |
| f. Otros síntomas los cuales usted cree están relacionados a problemas del corazón o la circulación | Sí / No |

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

- |  |         |
|--|---------|
| a. Problemas de la respiración o de los pulmones | Sí / No |
| b. Problemas del corazón                         | Sí / No |
| c. Presión                                       | Sí / No |
| d. Convulsiones                                  | Sí / No |

8. *Si usted ha usado* un respirador, ¿ha tenido en alguna ocasión alguno de los siguientes problemas? (Si nunca ha usado un respirador por favor salte a la pregunta 9).

9. Quiere hablar de sus respuestas con el profesional de salud que revisará su cuestionario? Sí / No\

Trabajadores que usarán *un respirador de cara completa* O *Equipo Autónomo de Respiración (SCBA)* DEBERÁN contestar las preguntas del 10 al 15:

10. ¿Ha perdido la visión temporalmente o permanentemente en uno o ambos ojos? Sí / No

# CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

---

11. ¿*Actualmente* tiene alguno de los siguientes problemas de la vista?

- |   |         |
|---|---------|
| a. Usa lentes de contacto                   | Sí / No |
| b. Usa anteojos                             | Sí / No |
| c. Dificultad para distinguir los colores   | Sí / No |
| d. Otros problemas con los ojos o la visión | Sí / No |

12. ¿Ha tenido *cualquier tiempo* una lesión en los oídos, incluyendo daño al tímpano?  
Si / No

13. ¿ *Actualmente* tiene alguno de los siguientes problemas con los oídos?

- |  |         |
|--|---------|
| a. Dificultad al oír                                 | Sí / No |
| b. Usa prótesis en el oído                           | Sí / No |
| c. Cualquier otro problema con la audición o el oído | Sí / No |

14. ¿ Se ha lesionado la espalda? Si / No

15. ¿ Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas músculo esqueléticos?

- |  |         |
|--|---------|
| a. Debilidad en cualquiera de los brazos, manos, piernas, o pies                                       | Sí / No |
| b. Dolor de la espalda   | Sí / No |
| c. Dificultad para mover completamente los brazos y piernas  | Sí / No |
| d. Dolor o entumecimiento al inclinarse hacia delante o atrás desde la cintura                         | Sí / No |
| e. Dificultad en mover la cabeza completamente hacia arriba o abajo                                    | Sí / No |
| f. Dificultad en mover la cabeza completamente de un lado a otro                                       | Sí / No |
| g. Dificultad en doblar las rodillas   | Sí / No |
| h. Dificultad en ponerse de cuclillas  | Sí / No |
| i. Subiendo escalones o una escalera cargando más de 25 libras   | Sí / No |
| j. Cualquier otro problema del esqueleto o de los músculos que pueda interferir con usar un respirador | Sí / No |

**Parte B. Sección 1.** El profesional de la salud que revisará este cuestionario puede añadir a su discreción las siguientes preguntas y cualquier otra pregunta no listada.

1. ¿En su presente trabajo, trabaja en alturas elevadas (a más de 5,000 pies) o en lugares con niveles de oxígeno más bajas de lo normal? Sí / No

¿Si "*afirmativo*", tiene mareos, falta de aire, presión en el pecho, u otros síntomas cuando está trabajando bajo estas condiciones? Sí / No

---

# CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

---

2. ¿En el trabajo o su casa, ha sido usted expuesto a solventes peligrosos, químicos peligrosos transportados por el aire, (gases, humos, o polvos), o ha entrado su piel en contacto con químicos peligrosos? Si / No

Si es afirmativo, nombre del (los) químico(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Ha trabajado usted con los siguientes materiales, o bajo alguna de las siguientes condiciones?

- |   |         |
|---|---------|
| a. Asbesto  | Sí / No |
| b. Carbón (por ejemplo, en minas)                       | Sí / No |
| c. Sílice (por ejemplo con chorro de arena)             | Sí / No |
| d. Hierro   | Sí / No |
| e. Tungsteno/cobalto (limando o soldando este material) | Sí / No |
| f. Estaño   | Sí / No |
| g. Ambientes polvorosos                                 | Sí / No |
| h. Berilio  | Sí / No |
| i. Cualquier otras exposiciones peligrosas              | Sí / No |
| j. Aluminio   | Sí / No |

Si es afirmativo, describa la(s) exposición(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Liste segundos trabajos o negocios paralelos que usted tiene: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Liste sus ocupaciones anteriores: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Liste pasatiempos presentes y pasados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Estuvo en el servicio militar? Si / No

# CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

---

Si "afirmativo", ¿estuvo expuesto a agentes biológicos o químicos (durante entrenamiento o combate)?

Si / No

8. ¿ Ha trabajado en un equipo de limpieza de materiales peligrosos (HAZMAT)? Si / No

9. ¿Fuera de medicinas para la respiración, los pulmones, problemas del corazón, presión, y convulsiones mencionadas anteriormente en este cuestionario, está usted tomando otras medicinas por cualquier razón (incluyendo medicinas sin receta médica)?

Sí / No

Si "afirmativo", nombre las medicinas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

# CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

---

## APUNTES:

### Parte B. Sección 2.

El EMPLEADOR deberá proporcionar esta información suplementaria al profesional de cuidado de la salud (PLHCP) que revisará el cuestionario médico del trabajador:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

POSICIÓN DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

---

1. ¿Qué tipo de respirador usará este trabajador?

Marque el (los) tipo(s) que siguen (puede marcar más de una categoría):

\_\_\_\_\_ N-, R-, o P- máscara filtrante (desechable, tipo "máscara de polvo").

\_\_\_\_\_ De ajuste apretado de purificación de media cara

\_\_\_\_\_ De ajuste apretado de cara completa

\_\_\_\_\_ De tipo de purificación de aire

\_\_\_\_\_ De tipo de línea

\_\_\_\_\_ Respirador purificador de aire motorizado (PAPR)

\_\_\_\_\_ De ajuste apretado, de cara completa

\_\_\_\_\_ De ajuste apretado de casco o capucha

\_\_\_\_\_ Equipo Autónomo de Respiración (SCBA)

\_\_\_\_\_ Escape (máscara de gas)

2. ¿Cuál es el peso aproximado del respirador, y cualquier tanque o mangueras?

\_\_\_\_\_

3. ¿El trabajador va a utilizar alguno de los siguientes artículos con su(s) respirador(es)?

- |                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| a. Filtros HEPA                     | Sí / No |
| b. Cánisters (máscaras para gas)    | Sí / No |
| c. Cartuchos (purificación de aire) | Sí / No |

4. ¿Con que frecuencia usará el trabajador el respirador? (circule sí o no a toda las preguntas que apliquen)

- |   |         |
|---|---------|
| a. Solamente para escape (sin deberes de rescate) | Sí / No |
| b. Menos de 2 horas por día                       | Sí / No |
| c. Rescate de emergencia solamente                | Sí / No |
| d. 2 a 4 horas por día                            | Sí / No |
| e. Menos de 5 horas por semana                    | Sí / No |
| f. Más de 4 horas por día                         | Sí / No |

5. ¿Durante el período que el trabajador usa el respirador, el esfuerzo de trabajo es?

- |   |         |
|---|---------|
| a. Liviano (menos de 200 Kcal por hora) | Sí / No |
|---|---------|

# CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

---

*Ejemplos de trabajo liviano es estar sentado al escribir, computación, haciendo planos, o realizando ensamble ligero, o de pie operando máquinas.*

Si "afirmativo", cuanto tiempo dura esto en un turno promedio:  
horas \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_

- b. Moderado (200 a 350 Kcal por hora) Sí / No

*Ejemplos de trabajo moderado son: estar sentado martillando o limando, manejado un camión, perforando, o ensamble, moviendo cargas moderadas (aproximadamente 25 – 35 libras) a nivel de la cintura caminando en superficie planas a 2 millas por hora o bajando un nivel de terreno de 5 grados a 3 millas por hora, o empujando una carretilla con carga pesada (aproximadamente 100 libras) en superficie plana. (NOTA: Un galón de agua peso aproximadamente 8 libras, o sea, un rociadora de mochila llena con 3 galones pesa aproximadamente 25 libras.)*

Si "afirmativo", cuanto tiempo dura esto en un turno promedio:  
horas \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_

- c. Pesado (más de 350 Kcal por hora) Sí / No

*Ejemplos de trabajo pesado son: levantar cargas pesadas (aproximadamente 50 libras) del suelo a la altura de la cintura u hombros, trabajando en un plataformas de carga, trabajo con pala, albañilería de pie, desbarbando piezas de fundición, subiendo niveles de terreno de 8 grados aproximadamente a 2 millas por hora, subiendo escalones con cargas pesadas (aproximadamente 50 libras)*

Si "afirmativo", cuanto tiempo dura esto en un turno promedio:  
horas \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_

6. ¿El trabajador va a utilizar ropa o equipo protector aparte del respirador? Sí / No

Si "afirmativo" describa el equipo que va a usar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿El trabajador va a trabajar en temperaturas altas (temperaturas más de 77 F)? Sí / No

8. ¿El trabajador va a trabajar en condiciones húmedas? Sí / No

9. Describa el trabajo que hará el trabajador mientras usa su respirador(es):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Describa algunas condiciones especiales o condiciones peligrosas las cuales el trabajador puede enfrentar cuando usa el respirador (por ejemplo, espacios confinados, atmósferas deficientes en oxígeno, gases fulminantes):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---



# CUESTIONARIO PARA EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA

---

11. Proporcione la siguiente información si lo sabe, para cada sustancia tóxica a que el trabajador puede ser expuesto cuando usa el respirador(es):

Nombre de la primera sustancia tóxica: \_\_\_\_\_

Nivel máximo de exposición por turno de trabajo: \_\_\_\_\_

Tiempo de exposición por turno de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la segunda sustancia tóxica: \_\_\_\_\_

Nivel máximo de exposición por turno de trabajo: \_\_\_\_\_

Tiempo de exposición por turno de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la tercera sustancia tóxica: \_\_\_\_\_

Nivel máximo de exposición por turno de trabajo: \_\_\_\_\_

Tiempo de exposición por turno de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de cualquier otra sustancia(s) tóxica(s) a la cual el trabajador pueda ser expuesto mientras usa un respirador:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Describa otras responsabilidades especiales que tendrán durante el tiempo que estarán usando respiradores y que puedan afectar la seguridad y bienestar de otras personas (por ejemplo, rescate, seguridad):

\_\_\_\_\_