**Este es un apéndice que no es obligatorio añadir al OAR 437-004-1040, Respiradores.**

**CUESTIONARIO DE EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA**

**(OBLIGATORIO)**

**A. TRABAJADOR:** Su compañía o patrón debe dejarlo responder estas preguntas durante horas normales de trabajo o durante una hora y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener su confin\dencialidad, su patron o supervisor no podrán revisar o mirar sus respuestas. Su empleador deberá decirle comoenviar o entregar este cuestionario al professional de la salud que lorevisará.

**Parte A. Sección 1 (Obligatorio)**

La siguiente información tiene que ser provisto por cada empleado que es designado a usar cualquier tipo de respirador (escribe claro por favor).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha: | | | |  | | | | | |  | | | |
| Nombre: | | | |  | | | | | |  | | | |
| Ocupación, título o tipo de trabajo: | | | | | | | |  | | | | | |
| Edad: | |  | | | Género: M  F | | | | Estatura: | |  | Peso: |  |
| Número de teléfono: | | | | | | (     ) | | | | |  | | |
| Un número de teléfono donde el profesional de salud que revisa rá este cuestionario puede comunicarse con usted (incluya el código de área): | | | | | | | | | | | | (     ) | |
| La mejor hora de comunicarse con usted ha este número de  teléfono (marque uno): Mañana  Tarde | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Le explicó su patrón como comunicarse con el profesional de salud que revisará este cuestionario? (marque uno): Sí  No | | | | | | | | | | | | | |
| Marque el tipo de respirador que usará (puede marcar más de uno): | | | | | | | | | | | | | |
| a. |  | | N, R, o P respirador desechable (máscara con filtro, tipo sin cartucho solamente). | | | | | | | | | | |
| b. |  | | Otra clase de respirador (por ejemplo, máscara de media cara, máscara completa, tanque de aire, sistema cen una linea y aire). | | | | | | | | | | |
| ¿Ha usado usted un respirador? Sí  No | | | | | | | | | | | | | |
| Si es afirmativo, ¿Que estilo(s)?: | | | | | | |  | | | | | | |

**Parte A. Sección 1 (Obligatorio)**

Todo empleado disignado ha vsar cualquier clase de respirador de be contester las preguntas del 1 al 9 (marque sí o no).

1. ¿Actualmente, fuma tabaco, o ha fumado tabaco en el último mes? Sí  No

2. ¿Ha padecido usted de lo siguiente?

a. Convulsiones Sí  No

b. Diabetes (azúcar en la sangre) Sí  No

c. Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración Sí  No

d. Claustrofobia (temor a espacios cerrados) Sí  No

e. Problemas del olfato Sí  No

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

a. Asbestosis Sí  No

b. Asma Sí  No

c. Bronquitis crónica Sí  No

d. Enfisema Sí  No

e. Neumonía Sí  No

f. Tuberculosis Sí  No

g. Silicosis Sí  No

h. Neumotorax (desinfle del pulmón) Sí  No

i. Cáncer del pulmón Sí  No

j. Fracturas de las costillas Sí  No

k. Lesiones o cirugía del pecho Sí  No

l. Otros problemas del pulmón Sí  No

4. ¿Actualmente tiene usted alguno de los siguientes síntomas pulmonares   
o enfermedades del pulmón?

a. Falta de aire Sí  No

b. Falta de aire cuando camina rápido en una superficie plana una   
superficie levemente inclinada o camino elevado Sí  No

c. Falta de aire cuando camina con otras personas a un ritmo normal   
superficie plana Sí  No

d. El tener que parar para coger aire cuando camina a su ritmo en   
superficie plana Sí  No

e. Falta de aire cuando usted se lava o se viste Sí  No

f. Falta de aire lo cual interfiere con su trabajo Sí  No

g. Tos, la cual produce flema espesa Sí  No

h. Tos, la cual lo despierta Sí  No

i. Tos, la cual se manifiesta cuando esta acostado Sí  No

j. Tos con sangre durante el ultimo mes Sí  No

k. Respiración jadiante Sí  No

l. Respiración jadiante, la cual interfiere con su trabajo Sí  No

m. Dolor en el pecho cuando respira profundamente Sí  No

n. Cualquier otro síntoma o problema el cual usted cree que puede   
estar relacionado con problemas del pulmón Sí  No

5. ¿Ha padecido usted de 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. Problemas del corazón Sí  No

e. Hinchazón de las piernas o pies (no causada 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 Sí  No

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

a. Dolor o presión frecuente del pecho Sí  No

b. Dolor o presión enel pecho durante actividad física Sí  No

c. Dolor o presión enel pecho lo cual interfiere con su trabajo Sí  No

d. En los últimos dos años ha notado cambios en el ritmo de su 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 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 usted nunca ha usado un respirador por favor   
continúe con la pregunta #9).

a. Irritación de los ojos Sí  No

b. Irritación o alergias de la piel Sí  No

c. Ansiedad Sí  No

d. Agotamiento o debilidad Sí  No

e. Algún otro problema que interfiere con el uso del respirador Sí  No

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

**Las preguntas del 10 al 15 tienen que ser contestadas si usted va a usar un respiradorde máscara completa o tanque con aire (SCBA).**

10. ¿Ha perdido la visión temporalmente o permanentemente en uno o

ambos ojos? Sí  No

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 (acromatopsia) Sí  No

d. Otros problemas con los ojos o visón? Sí  No

12. ¿Ha tenido un una lesión en los oídos, incluyendo daño al tímpano? Sí  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 el sentido del oído o los oídos? Sí  No

14. ¿Se ha lesionado la espalda? Sí  No

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

a. Debilidad de los brazos, manos, piernas pies Sí  No

b. Dolor de la espalda Sí  No

c. Dificultad para mover completamente los brazos y piernas Sí  No

d. Dolor o dificultad al doblar la cintura Sí  No

e. Dificultad para mover la cabeza hacia arriba y abajo Sí  No

f. Dificultad para mover la cabeza de un lado a otro Sí  No

g. Dificultad para doblar las rodillas Sí  No

h. Dificultad para ponerse de cuclillas Sí  No

i. Subiendo gradas o una escalera cargando más de 25 libras Sí  No

j. Cualquier otro problema del esqueleto o de los músculos que pueda interferir con el uso de un respirador Sí  No

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

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

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

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 haentrado su piel en contacto con químicos peligrosos? Sí  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. Asbestos Sí  No

b. Carbón (por ejemplo, trabajo en minas) Sí  No

c. Silice (trabajo con arena o cemento) Sí  No

d. Hierro Sí  No

e. Tungsteno/cobalto (limando o soldando este material) Sí  No

f. Estaño Sí  No

g. Ambiente polvorozo Sí  No

h. Berilio Sí  No

i. Otra exposición química Sí  No

j. Aluminio Sí  No

|  |
| --- |
| Si es afirmativo, describa la(s) exposición(es): |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. | Liste trabajos secundarios o negocios que usted realiza: |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. | Liste sus ocupaciones anteriores: |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 6. | Liste pasatiempos presentes y pasados: |
|  |  |

7. ¿Servicio Militar?: Sí  No

Si es afirmativo, ¿estuvo expuesto a agentes biológicos o químicos   
(durante entrenamiento o combate)? Sí  No

8. ¿Ha trabajado en un equipo HAZMAT(Grupo de emergencia)? Sí  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 es afirmativo, nombre las medicinas: |
|  |

**A pedido del professional de la salud la companía la companía Y/O patron proporcionar   
la siguiente información**

10. ¿Va el empleado a utilizar alguno de los siguientes artículos con su respirador?

a. Filtros HEPA Sí  No

b. Canisters (por ejemplo, máscaras para gas) Sí  No

c. Cartuchos Sí  No

11. ¿Con que frecuencia usará el empleado el respirador? (Marque todas las   
respuestas que sean necesarias.)

a. Solamente para escape ( sin rescate) Sí  No

b. Menos de 2 horas por día Sí  No

c. Rescate de emergencia 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

12. ¿Durante el período que el empleado usa el respirador, el esfuerzo de trabajo es?

a. Liviano (menos de 200 Kcal por hora): Sí  No

Si es afirmativo, promedio de horas durante turno de trabajo?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Horas |  | minutos |  |

*Ejemplos de trabajo liviano son: estar sentado cuando escribe, computación, haciendo planos, o de pie operando maquinaria.*

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

Si es afirmativo, promedio de horas durante turno de trabajo?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Horas |  | minutos |  |

*Ejemplos de trabajo moderado son: estar sentado cuando martilla o archiva, manejar un bus o camión en tr*á*fico de la ciudad, perforar, martillar o ensamblar cargas moderadas (35 libras) a nivel de la cintura mientras esta de pie; caminando en superficie plana a 2 mph (millas pr hora) o hacia abajo, a un nivel de 5 grados a 3 mph; o empujando una carretilla con carga pesada (100 libras) en superficie plana.*

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

Si es afirmativo, promedio de horas durante turno de trabajo?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Horas |  | minutos |  |

*Ejemplos de trabajo pesado son: levanter aproximadamente 50 libras del suelo a la altura de la cintura u hombros, remover material con una pala, empacar heno, caminar hacia arriba a 8 grados a 2 mph, subiendo gradas cargando carga pesada (50 libras).*

13. ¿Va el empleado a utilizar ropa o equipo protector además del   
respirador? Sí  No

Si es afirmativo describa el equipo que va a usar:

14. ¿Va el empleado a trabajar en temperaturas altas (temperaturas   
más de 77 F)? Sí  No

15. ¿Va el empleado a trabajar en condiciones húmedas? Sí  No

|  |  |
| --- | --- |
| 16. | Describa el trabajo que el empleado hará cuando usando el respirador: |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 17. | Describa algunes condiciones especiales o condiciones peligrosas las cuales el empleado puede enfrentar cuando usa el respirador (por ejemplo, espacios confinados, gases fulminantes): |
|  |  |

18. Provea la siguiente información si lo sabe, por cada substancia tóxica a que el empleado puede estar expuesto cuando use el (los) respiradores):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Primera substancia tóxica: |  | | |
| Nivel máximo de exposición por turno de trabajo: | | |  |
| Tiempo de exposición por turno de trabajo: | |  | |
| Segunda substancia tóxica: |  | | |
| Nivel máximo de exposición por turno de trabajo: | | |  |
| Tiempo de exposición por turno de trabajo: | |  | |
| Tercera substancia tóxica: |  | | |
| Nivel máximo de exposición por turno de trabajo: | | |  |
| Tiempo de exposición por turno de trabajo: | |  | |
| El nombre de cualquier otra substancia(s) tóxica(s) a la cual el empleado pueda estar expuestos mientras usa el respirador: | | | |
|  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 19. | Describa otras responsabilidades especiales que los empleados tendrán durante el tiempo que estarán usando respiradores y que puedán afectar la seguridad de otras personas (por ejemplo, rescate, seguridad). |
|  |  |