**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). |
|  |       |