## 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: Puede usted leer (escoja uno):  Sí o  No

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 (escujo 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)
    1. Respirador disponible de clase N, R, o P (por ejemplo: respirador de filtro mécanico, respirador sin cartucho)
    2. 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?
3. Convulsiones  Sí o  No
4. Diabetes (azucar en la sangre)  Sí o  No
5. Reacciones alergicas que no lo deja respirar  Sí o  No
6. Claustrofobia (miedo de estar en espacios cerrados)  Sí o  No
7. Dificultad oliendo excepto cuando ha cogido un resfriado  Sí o  No
8. ¿Ha tenido algunas de los siguientes problemas pulmonares?
9. Asbestosis  Sí o  No
10. Asma  Sí o  No
11. Bronquitis cronica  Sí o  No
12. Emfisema  Sí o  No
13. Pulmonía  Sí o  No
14. Tuberculosis  Sí o  No
15. Silicosis  Sí o  No
16. Neumotorax (pulmon colapsado)  Sí o  No
17. Cáncer en los pulmones  Sí o  No
18. Costillas quebradas  Sí o  No
19. Injuria o cirujía en el pecho  Sí o  No
20. Algun otro problema de los pulmones que le ha dicho su medico  Sí o  No
21. ¿Corrientemente tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?
    1. Respiración dificultosa  Sí o  No
    2. Respiración dificultosa cuando camina rapido sobre terreno plano   
       o subiendo una colina  Sí o  No
    3. Respiración dificultosa cuando camina normalmente   
       con otras personas sobre terreno plano  Sí o  No
    4. Cuando camina normalmente en terreno plano se encuentra corto de resuello?  Sí o  No
22. Respiración dificultosa cuando se esta bañando o vistiendo  Sí o  No
23. Respiración dificultosa que lo impede trabajar  Sí o  No
24. Tos con flema  Sí o  No
25. Tos que lo despierta temprano en la mañana  Sí o  No
26. Tos que occure cuando esta acostado  Sí o  No
27. Ha tosido sangre en el ultimo mes  Sí o  No
28. Silbar o respirar con mucha dificultad  Sí o  No
29. Silbar que lo impede trabajar  Sí o  No
30. Dolor del pecho cuando respira profundamente  Sí o  No
31. Otros símtomas que crea usted estar relacionados a los pulmones  Sí o  No
32. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas con el corazón?
    1. Ataque cardiaco  Sí o  No
    2. Ataque cerebrovascular  Sí o  No
    3. Dolor en el pecho  Sí o  No
    4. Falla de corazón  Sí o  No
    5. Hinchazón en las piernas o pies (que no sea por caminar)  Sí o  No
    6. Latidos irregulares del corazón  Sí o  No
    7. Alta presión  Sí o  No
    8. Algun otro problema cardio-vascular o cardiaco  Sí o  No
33. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas causados por su corazón?
    1. Dolor de pecho frecuente o pecho apretado  Sí o  No
    2. Dolor o pecho apretado durante actividad fisica  Sí o  No
    3. Dolor o pecho apretado que no lo deja trabajar normalmente  Sí o  No
    4. En los ultimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente  Sí o  No
    5. Dolor en el pecho o indigestion que no es relacionado a la comida  Sí o  No
    6. Algunos otros síntomas que usted piensa ser causado por problemas de su corazón  
        o de su circulation  Sí o  No
34. ¿Esta tomando medicina por algunso de los siguientes problemas?
    1. Respiración dificultosa  Sí o  No
    2. Problemas del corazón  Sí o  No
    3. Alta presión  Sí o  No
    4. Convulsiones  Sí o  No
35. ¿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).
36. Irritación de los ojos  Sí o  No
37. Alergias del cutis o sarpullido  Sí o  No
38. Ansiedad que ocurre solamente cuando usa el respirado  Sí o  No
39. Debilidad, falta de vigor o fatiga desacostumbrada  Sí o  No
40. Algun otro problema que le impida utilizar su respirador  Sí o  No
41. ¿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 mascara con cartucho químico o aparato respiratorio autónomo (SCBA). Los empleados que usan otro tipo de respirador no tienen que contestar estas preguntas.**

1. ¿Ha perdido la vista en cualquiera de sus ojos (temporalmente o permanente)  Sí o  No
2. ¿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

1. ¿Ha tenido daño en sus oidos incluyendo rotura del tímpano  Sí o  No
2. ¿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
   1. 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
   1. 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?
   1. Asbestos  Sí o  No
   2. Sílice (Limpiar mediante un chorro de arena)  Sí o  No
   3. Tungsteno/Cobalto (pulverizar o soldadura)  Sí o  No
   4. Berilio  Sí o  No
   5. Aluminio  Sí o  No
   6. Carbón de piedra (minando)  Sí o  No
   7. Hierro  Sí o  No
   8. Estaño:  Sí o  No
   9. Ambiente polvoriento  Sí o  No
   10. Otra exposicion peligrosa  Sí o  No

Describa las exposiciones peligrosas

1. ¿Tiene usted otro trabajo o un negocio aparte de este?
2. Apunte su previos trabajos:
3. Apunte sus pasatiempos:
4. ¿Tiene servicio militar?  Sí o  No
   1. Si la respuesta es “Sí”, ha estado expuesto a agentes químicos o biologicos   
      durante entrenamiento o combate:  Sí o  No
5. ¿Alguna vez ha trabajado en un equipo de HAZMAT (equipo respondedor   
   a incidentes de materials peligosos con emergencia)?  Sí o  No
6. ¿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

1. ¿Va a usar algunas de las siguientes partes con su respirador?
   1. filtros HEPA (filtro de alta eficiencia que remueve partículas tóxicas   
      en la atmósfera)  Sí o  No
   2. Canastillo (por ejemplo, máscara para gas)  Sí o  No
   3. Cartuchos  Sí o  No
2. ¿Cuántas veces espera usar un respirador?
   1. Para salir de peligro solamente (no rescates)  Sí o  No
   2. Recates de emergencia solamente  Sí o  No
   3. Menos de 5 horas *por semana*  Sí o  No
   4. Menos de 2 horas *por día*  Sí o  No
   5. 2 a 4 horas *por día*  Sí o  No
   6. Mas de 4 horas *por día*:Sí o No
3. ¿Durante el tiempo de usar el respirador, su trabajo es…?
   1. **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:

* 1. **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).

1. ¿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:

1. ¿Va a estar trabajando en condiciones calurosas (temperatura mas de 77 grados F)?  Sí o  No
2. ¿Va a estar trabajando en condiciones humedas?  Sí o  No
3. Describa el tipo de trabajo que va a estar usted haciendo cuando use el respirador.
4. Describa cualquier situacion especial o peligrosa que pueda encontrar cuando este usando el respirador (por ejemplo, espacios encerrados, gases que lo puedan matar, etc.)
5. 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

1. 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).