

Nombre: _____

Número de tarjeta de Kaiser: _____

Empleador: _____

Fecha de hoy: _____

Si a usted se le va a examinar hoy por OHS de Kaiser, por favor conteste las siguientes 9 preguntas:

1. ¿Ha tenido usted una lesión o cirugía en las últimas seis semanas relacionadas con el ojo, oído, pecho o abdomen? Si No
2. ¿Tiene usted algún problema del corazón o hipertensión? Si No
3. ¿Ha tenido usted una infección respiratoria en las últimas tres semanas? Si No
4. ¿Ha comido un alimento pesado en el transcurso de la última hora? Si No
5. ¿Ha usado un inhalador en el transcurso de la última hora? Si No
6. ¿Ha fumado en el transcurso de la última hora? Si No
7. ¿Trae usted puesta ropa apretada? Si No
8. ¿Esta usted usando dentadura postiza? Si No
9. ¿Ha tomado una cantidad excesiva de cafeína hoy? Si No

Direcciones a cómo contestar el Questionario Respiratorio dirigido por OSHA

Lo siguiente es un historial regulado por OSHA relacionado con el uso, o uso potencial de equipo protector de la respiración. Por favor contéste las preguntas cuidadosamente. **Explique todas las respuestas en que contestó “Si”.**

¿Es este un problema actual o ya está aliviado? Si es actual, está usted tomando medicamentos, bajo algún procedimiento, le evite usar el equipo de protección respiratorio (SCBA)? Simplemente escriba su explicación al lado de la pregunta. Si es necesario, por favor use otra página. Por favor tome conciencia de que un examen físico será requerido de acuerdo a sus respuestas.

Cuestionario de Evaluación Médica del Respirador de la agencia OSHA

Al empleado: ¿Sabe usted leer?

Sí No ?

Su empleador debe permitirle contestar este cuestionario durante sus horas laborales, o en un lugar y hora conveniente para usted. Para mantener la confidencialidad, su empleador o supervisor no debe mirar ni repasar sus respuestas, y su empleador debe de decirle como enviar este cuestionario al profesional de la salud que lo revisará.

Parte A Sección 1. La siguiente información debe ser brindada a cada empleado que haya sido seleccionado para usar este tipo de respirador (por favor imprima el cuestionario).

1. Fecha de hoy _____ Número de tarjeta de Kaiser _____
2. Su nombre _____
3. Su edad (redondeé a la edad mas cercana) _____
4. Sexo (elijá uno): Masculino Femenino
5. Su estatura _____ Pies _____ pulgadas _____
6. Su peso _____ libras _____
7. Su ocupación laboral _____
8. Un número de teléfono al cual el profesional de salud que revisará el cuestionario pueda llamarlo y hablar con usted: (_____)- _____ - _____, o (_____)- _____ - _____
9. Su dirección de correo electrónico _____
10. ¿Le ha informado su empleador como contactar al profesional de salud que revisará el cuestionario ? Si No No sabe
11. Por favor marque el tipo de respirador que usted usará (usted puede elegir más de una categoría)
 - a. N, R, o P respirador desechable (tipo máscara de filtro, o sin cartucho solamente).
 - b. Otro tipo (por ejemplo, máscara de medio rostro o rostro entero, unidad de abastecimiento de aire purificado, aparato de respiración de auto aplicación).
12. ¿Ha usado usted un respirador anteriormente? Si No No sabe
Si lo ha usado, ¿qué tipo(s)? _____

Parte A. Sección 2. Cada empleado que ha sido elegido para usar cualquier tipo de respirador debe contestar las siguientes preguntas del 1 al 9.

1. ¿Fuma usted tabaco **actualmente** o lo ha hecho durante el mes anterior? Si No No sabe
2. **¿Ha tenido** usted alguna de las siguientes condiciones?
- a. ¿Ataque repentino? Si No No sabe
 - b. ¿Diabetes (enfermedad de la azucar)? Si No No sabe
 - c. ¿Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración? Si No No sabe
 - d. ¿Claustrofobia (miedo a lugares cerrados)? Si No No sabe
 - e. ¿Dificultad percibiendo ciertos olores? Si No No sabe
 - f. ¿Colesterol alto? Si No No sabe
3. **¿Ha tenido** usted alguno de los siguientes problemas pulmonares o problemas de los pulmones?
- a. ¿Inflamación a causa de los asbestos? Si No No sabe
 - b. ¿Asma? Si No No sabe
 - c. ¿Bronquitis crónica? Si No No sabe
 - d. ¿Enfisema? Si No No sabe
 - e. ¿Neumonía? Si No No sabe
 - f. ¿Tuberculosis? Si No No sabe
 - g. ¿Silicosis? Si No No sabe
 - h. ¿Neumotórax (colapso en los pulmones)? Si No No sabe
 - i. ¿Cáncer del pulmón? Si No No sabe
 - j. ¿Costillas quebradas? Si No No sabe
 - k. ¿Alguna cirugía o lesiones del pecho? Si No No sabe
 - l. ¿Algún otro problema de los pulmones que alguien le haya mencionado? Si No No sabe
4. ¿Tiene usted **actualmente** alguno de los siguientes síntomas pulmonares o enfermedad del pulmón? (**Explique todas las respuestas en que contesto "SI"**).
- a. ¿Respiración corta? Si No No sabe
 - b. ¿Respiración corta al caminar rápido en piso plano o al caminar hacia una colina o lugar con una ligera inclinación? Si No No sabe
 - c. ¿Respiración corta al caminar con otra gente a un paso normal en piso plano? Si No No sabe
 - d. ¿Al caminar a su propio ritmo, tiene usted que parar para respirar? Si No No sabe
 - e. ¿Respiración corta al vestirse o bañarse? Si No No sabe
 - f. ¿Respiración corta que interfiere con su trabajo? Si No No sabe
 - g. ¿Tos que produce flema (esputo grueso)? Si No No sabe
 - h. ¿Tos que lo despierta temprano por la mañana? Si No No sabe
 - i. ¿Tos que le da la mayoría del tiempo cuando esta acostado? Si No No sabe
 - j. ¿Ha escupido sangre al tocer durante el mes pasado? Si No No sabe
 - k. ¿Silbido del pecho? Si No No sabe
 - l. ¿Silbido del pecho que interfiere con su trabajo? Si No No sabe
 - m. ¿Dolor en el pecho al respirar profundamente? Si No No sabe
 - n. ¿Algún otro síntoma que usted considere relacionado con problemas del pulmón? Si No No sabe

5. ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas cardiovascular o del corazón? (**Explique todas las respuestas en que contesto “Si”**).

- a. ¿Ataque del corazón? Si No No sabe
- b. ¿Ataque repentino? Si No No sabe
- c. ¿Angina? Si No No sabe
- d. ¿Fallo del corazón? Si No No sabe
- e. ¿Hinchazón de las piernas o pies (no causado por caminar)? Si No No sabe
- f. ¿Arritmia del corazón (latidos irregulares del corazón)? Si No No sabe
- g. ¿Alta presión sanguínea? Si No No sabe
- h. ¿Algún otro problema del corazón que alguien le haya mencionado? Si No No sabe
- i. ¿Existen en su familia casos de enfermedad cardíaca? Si No No sabe

6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas cardiovasculares del corazón? (**Explique todas las respuestas en que contesto Si”**).

- a. ¿Dolor frecuente o apretamiento en el pecho? Si No No sabe
- b. ¿Dolor o apretamiento del pecho durante actividad física? Si No No sabe
- c. ¿Dolor o apretamiento del pecho que interfiere con su trabajo? Si No No sabe
- d. ¿En los últimos dos años ha notado que su corazón omite latidos o deja de latir? Si No No sabe
- e. ¿Acidéz o indigestión no relacionada con la comida? Si No No sabe
- f. ¿Algún otro síntoma que usted piense esta relacionado con el corazón o problemas de la circulación? Si No No sabe

7. ¿Está usted **actualmente** tomando medicinas para alguno de los siguientes problemas? (¿nombre de la medicina)?

- a. ¿Problemas de la respiración o del pulmón? Si No No sabe
- b. ¿Problemas del corazón? Si No No sabe
- c. ¿Alta presión sanguínea? Si No No sabe
- d. ¿Ataques repentinos (ataques de angustia)? Si No No sabe

8. Si **nunca** ha usado un respirador, páse a la pregunta # 9 y chequeé el cuadrado apropiado. No he usado el respirador .

Si ha usado el respirador, ¿alguna vez ha tenido usted alguno de los siguientes problemas?

- a. ¿Irritación de los ojos? Si No No sabe
- b. ¿Alergias de la piel o irritación? Si No No sabe
- c. ¿Ansiedad? Si No No sabe
- d. ¿Debilidad general o fatiga? Si No No sabe

¿Algún otro problema que interfiera con el uso del respirador? Si No No sabe

9. Por favor haga una lista de productos químicos o polvo de los que el repirador lo protegerá.

10. ¿Por cuanto tiempo espera usted usar el respirador (respiradores)?

- a. ¿Para escapar solamente (no rescatar)? Si No No sabe
- b. ¿Rescate de emergencia solamente? Si No No sabe
- c. ¿Menos de 5 horas a la semana? Si No No sabe
- d. ¿Menos de 2 horas por día? Si No No sabe
- e. ¿Más de 2 a 4 horas al día? Si No No sabe
- f. ¿Más de 4 horas al día? Si No No sabe

11. El trabajo que requiere uso del respirador es (marque las apropiadas) **Ligero** **Moderado** **Pesado**
*Ejemplo de trabajo **ligero** son: sentado mientras escribe, o ciendo trabajo de ensamblado en linea o control de maquinaria.*
*Ejemplo de trabajo **moderado** son: de pie mientras hace trabajo de clavar o moviendo una carga de peso moderado (aproximadamente 35 libras), al nivel del tronco, y caminando en una superficie plana como por de 2 millas por hora.*
*Ejemplos de trabajo **Pesado** son: levantando del piso a su cintura, una carga pesada (como de 50 libras), o trabajando con pala o poniendo ladrillos mientras esta de pie.*

12. Por lo regular ¿usted tiene barba, bigote u otro pelo en la cara? Si No No sabe

13. Tipicamente qué tanto ejercicio hace usted en una semana (fuera de su trabajo)?
 Por favor explique: _____
 ¿Cuanto tiempo por día / por semana _____
 ¿Cuantos minutos al día _____

14. ¿Le gustaría hablar acerca de sus respuestas con el profesional de salud que va a revisar su cuestionario? Si No No sabe

Las preguntas del 15 al 20 deben de ser contestadas por cada empleado que haya sido elegido a usar ya sea el respirador con pieza de tipo rostro entero o un aparato de respiración de auto aplicación? (SCBA). Para los empleados que han sido elegidos a usar otro tipo de respiradores, el contestar las siguientes preguntas es voluntario.

15. **¿Ha perdido** alguna vez la vision en algún ojo?:
 ¿Temporalmente? Si No No sabe
 ¿Permanentemente? Si No No sabe

16. ¿Tiene usted **actualmente** alguno de los siguientes problemas de visión?
 a. ¿Tiene puestps lentes de contacto? Si No No sabe
 b. ¿Tiene lentes de medida? Si No No sabe
 c. ¿Sufre de ceguera al color? Si No No sabe
 d. ¿Algun otro problema de la vista o del ojo? Si No No sabe

17. **¿Ha sufrido usted** alguna vez de lesión del tímpano? Si No No sabe

18. ¿Sufre usted **actualmente** de algunos de las siguientes problemas de la audición?
 a. Dificultad de audición? Si No No sabe
 b. Uso de aparato de audición? Si No No sabe
 c. Algun otro problema de la audición o del oido? Si No No sabe

19. **¿Ha sufrido usted alguna vez** de lesion en la espalda? (**Explique todas las respuestas en que contesto Si**). Si No No sabe

20. ¿Tiene usted **actualmente** alguno de los siguientes problemas del sistema Muscueskeletalico?
(Explique todas las respuestas en que contesto Si”).

- a. ¿Debilidad en alguno de sus brazos, manos, piernas o pies? Si No No sabe
- b. ¿Dolor de espalda? Si No No sabe
- c. ¿Dificultad para mover por complete sus brazos y piernas? Si No No sabe
- d. ¿Dolor o dificultad de movimiento cuando dobla la cintura hacia adelante o atrás? Si No No sabe
- e. ¿Dificultad para mover completamente su cabeza hacia arriba o hacia abajo? Si No No sabe
- f. ¿Dificultad de movimiento de un lado al otro de su cabeza? Si No No sabe
- g. ¿Dificultad para doblar sus rodillas? Si No No sabe
- h. ¿Dificultad al ponerse en cuclillas? Si No No sabe
- j. ¿Dificultad al subir un tramo de escaleras o una una escalera cargando mas de 25 libras de peso? Si No No sabe
- j. ¿Algun otro problema muscular o skeletalico que interfiera con el uso del respirador? Si No No sabe

Su Firma: _____ **Fecha:** _____

Revisado por: _____ **Fecha:** _____