

**Formulario de Historial Suplemental -Para Trabajadores Expuestos al Plomo**

Nombre \_\_\_\_\_

Empleador/ Compañía \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Número de tarjeta de Kaiser \_\_\_\_\_

1. Por favor haga una lista de sus funciones en su trabajo e indique cuales de ellos están implicados con el plomo o expuestos a otros químicos:

	<b><u>SI</u></b>	<b><u>NO</u></b>	<b><u>No Sé</u></b>
2. ¿Al final de su turno, tiene usted compuestos de plomo en su cuerpo o en su ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está usted en contacto cercano al humo o al polvo de plomo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Hace usted la mayoría de su trabajo adentro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez usted fuma, come, mastica chicle o tabaco o toma líquidos en su estación de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Usted se baña antes de salir de su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Usted se lleva puesta su ropa de trabajo al fin del día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Debe usted usar un respiratorio u otro equipo personal protector mientras trabaja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez a estado usted trabajando en algun otro lugar en el cual ha estado expuesto al plomo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez ha usted remodelado o quitado pintura de una casa construida antes del año 1978?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tiene usted algunos pasatiempos que lo expongan al plomo? (soldar, trabajos con vidrio de plomo, artesanias, joyeria, hacer balas o pesas de pescar?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez a sido usted examinado para saber el nivel de plomo en su sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Si es <b>Asi</b> , ¿Cuál fué el nivel más alto de plomo en su sangre? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna vez ha sido retirado de su oficio a causa de alto contenido de plomo en su sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Tiene usted o ha tenido lo siguiente?:			
Dificultad para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sueño Interrumpido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en los músculos o coyunturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debilidad en los músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de apetito/perdida de peso/Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_