

Parte A- Sección 1. Obligatorio

La información siguiente se debe proporcionar por todos los empleados que han sido seleccionados utilizar cualquier tipo de respirador (por favor use letra de molde)

1. Fecha: _____
2. Nombre: _____
3. Edad: _____
4. Sexo. (círcule uno): Hombre / Mujer
5. ¿Cuanto mide?: _____ pies _____ pulgadas
6. ¿Cuanto pesa?: _____ libras.
7. Título o tipo de trabajo:
8. Número de teléfono donde pueda comunicarse el profesional de salud que haya revisado su cuestionario (incluya el área): _____
9. La mejor hora para llamarle a este número: _____
10. ¿Le a dicho su patrón como ponerse en contacto con el profesional de salud que revisará este cuestionario (círcule uno): ? Sí No
11. Anote el tipo de respirador que va a utilizar (puede anotar más de una categoría):
 - a. _____ Respirador disponible de R, N o P (máscara contra el polvo, respiradores sin los cartuchos).
 - b. Anote todo lo que use.

<input type="checkbox"/> Respirador de media careta	<input type="checkbox"/> Respirador de careta completa	<input type="checkbox"/> Respirador de casco
<input type="checkbox"/> Respirador de escape		
<input type="checkbox"/> Respirador no eléctrico de cartuchos o de bote	<input type="checkbox"/> Respirador con manguera con soplador	
<input type="checkbox"/> Respirador con línea de aire		
<input type="checkbox"/> Mascarilla disponible (ejemplo N-95)		

Aparato respiratorio autónomo:
 en demanda
 demanda de presión
Otro: _____
12. Ha usado algún tipo de respirador (círcule uno): Sí No
 ¿Si es que sí, que tipo? _____

Parte A- Sección 2. Obligatorio

Las preguntas del 1 al 9 se deben de contestar por cada empleado que fue seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (Marque con un circulo para indicar sus respuestas)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Corrientemente, fuma tabaco o ha fumado durante el mes pasado? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Ha tenido algunas de las las siguientes condiciones médicas? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Covulsiones: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes (azúcar en la sangre): | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Claustrofobia (miedo de estar en espacios cerrados): | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dificultad de oler: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares o problemas del pulmón? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Asbestosis: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Asma: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Bronquitis crónica: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Enfisema: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Pulmonía: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tuberculosis: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Silicosis: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Neumotorax (pulmón colapsado): | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer del pulmón: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Costillas rotas: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Lesiones o cirugías en el pecho: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Cualquier otro problemas pulmonares: _____ | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Actualmente, tiene usted algunos de los síntomas siguientes de enfermedades pulmonares o problems del pulmón? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Respiración dificultosa: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Respiración dificultosa al caminar rápidamente en lugares planos o al caminar en una colina o una pendiente leve: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Respiración dificultosa al caminar con gente en un paso ordinario en lugares planos: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tiene que pararse a respirar al caminar en su propio paso en lugares planos: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de respiración al bañarse o al vestirse: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Respiración dificultosa que interfiere con su trabajo: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tos que produce flema (esputo grueso): | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tos que lo despierta temprano en la mañana: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tos que ocurre generalmente cuando está acostado: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tos con sangre en el mes pasado: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Respiración jadeante: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Repiracion jadeante que interfiere con su trabajo: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dolor en el pecho cuando respira profundamente: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Cualquier otro sintoma que usted piense se relacione a problemas del pulmón: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Parte A- Sección 2. Obligatorio

5. ¿Ha tenido en el pasado cualquiera de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Ataque del corazón: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ataque cerebrovascular: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Angina de pecho : | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Paro cardíaco: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Hinchazón del de los pies o piernas (no causada por caminar): | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Arritmia del corazón: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Alta presión: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Cualquier otro problema del corazón que usted sepa?: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

6. ¿Ha tenido en el pasado cualquiera de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Dolor en el pecho o pecho apretado: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dolor en el pecho o pecho apretado durante actividad física: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dolor en el pecho o pecho apretado que lo lo deja trabajar normalmente: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| En los últimos dos años, ha notado que el corazón le salta, que falla un latido: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Acedías o indigestion o que no se relacionen con la comida: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Cualquier otro síntoma que usted piense puede ser causado por los problemas del corazón o de la circulación de la sangre: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

7. ¿Está tomado medicina para alguno de los siguientes problemas?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Problemas de la respiración o del pulmón: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas del corazón: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Alta presión: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

8. ¿Si ha usado un respirador, ha tenido algunos de los siguientes problemas? (si usted nunca ha usado un respirador, pase a la pregunta 9.)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Irritación en los ojos: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Alergias o erupciones de la piel: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ansiedad: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Debilidad general o fatiga desocostumbrada: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

9. ¿Le gustaría hablar sobre las respuestas con el profesional de salud que revisara este cuestionario?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

Parte A. Section 3. (Obligatorio) Para usuarios de aparato respiratorio autonomo (SCBA) o respiradores de careta completa.

Las preguntas del 10 al 15 deben ser contestadas por los empleados seleccionados para usar un respirador de careta completa o un aparato respiratorio autónomo (SCBA). Los empleados que usan otro tipo de respiradores no tienen que contestar estas preguntas.

1. Ha perdido la vista en cualquier ojo (temporalmente o permanentemente): _____ Si No

2. ¿En la actualidad, tiene cualesquiera de los problemas siguientes con la vista?
 - Usa lentes de contacto: _____ Si No
 - Usa lentes: _____ Si No
 - Daltonismo (dificultad de distinguir colores): _____ Si No
 - Tiene problemas con los ojos o la vista: _____ Si No

3. ¿Ha sufrido una lesión en los oídos, incluyendo rotura del tímpano? _____ Si No

4. ¿Actualmente, tiene algunos de los siguientes problemas para oír?
 - Dificultad para oír: _____ Si No
 - Usa un aparato para oír: _____ Si No
 - Tiene algún otro problema en los oídos o dificultad de escuchar: _____ Si No

5. ¿Se ha dañado o lastimado la espalda? _____ Si No

6. ¿Tiene en la actualidad uno de los siguientes problemas musculoesqueléticos?
 - Debilidad en los brazos, manos, piernas, o pies: _____ Si No
 - Dolor de espalda: _____ Si No
 - Dificultad para mover completamente los brazos y las piernas: _____ Si No
 - Dolor o engarrotamiento cuando se inclina para adelante o para atrás: _____ Si No
 - Dificultad para mover la cabeza completamente arriba o para abajo: _____ Si No
 - Dificultad para mover la cabeza a los lados: _____ Si No
 - Dificultad para agacharse doblando las rodillas: _____ Si No
 - Dificultad para agacharse hasta tocar el piso: _____ Si No
 - Dificultad de subir una escalera cargando más de 25 libras: _____ Si No
 - Algún otro problema muscular o esquelético que interfiera con el uso del respirador: _____ Si No

Parte B - Preguntas Discrecionales

Si es apropiado para las condiciones o requerimientos específicos de un trabajo, preguntas adicionales - incluyendo, pero no limitadas a las siguientes, pueden ser agregadas al cuestionario a discreción del profesional de salud.

1. ¿En el presente trabajo, ha trabajado en alturas altas (arriba de 5,000 pies) o en sitios que tienen menos oxígeno de lo normal? Si No

Si la respuesta es "Si", se ha sentido mareado, o ha tenido dificultad para respirar, palpitaciones, o cualquier otro síntoma que usted no tiene cuando no está trabajando bajo palpitaciones, o cualquier otro síntoma que usted no tiene cuando no está trabajando bajo estas condiciones: Si No

2. ¿En el trabajo o en su casa, ha estado expuesto a solventes a contaminantes peligrosos en el aire (por ejemplo, gases, humos, o polvos) o ha tenido contacto de la piel con químicos peligrosos? Si No

Escriba las químicas y productos con las que ha estado expuesto, si sabe cuáles son:

3. ¿Ha trabajado con los siguientes materiales o las condiciones anotadas abajo?:

Asbestos:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Silice (Limpiar mediante un chorro de arena):	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tungsteno/Cobalto (pulverizar o soldadura):	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Berilio:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Aluminio:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Carbon de piedra (minando):	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hierro:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Estaño:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ambiente polvoriento:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otra exposición peligrosa:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Si es que si, describa las exposiciones peligrosas:

4. Anote otros trabajos o un negocio secundarios, (aparte de este) que usted tenga:

5. Apunte sus trabajos previos:

6. Apunte sus pasatiempos previos:

7. ¿Ha ido al servicio militar? Si No

¿Si la respuesta es si, ha estado expuesto a agentes químicos o biológicos durante entrenamiento o combate? Si No

8. ¿Ha trabajado? Si No

Parte B - Preguntas Discrecionales (Continued)

9. ¿Esta tomando alguna medicina que no haya mencionado en este cuestionario (incluyendo remedios caseros o medicinas que compra sin receta)? _____ Si No
¿Si la respuesta es "Si", cuales son?:

10. ¿Va usted a usar algunas de las siguientes partes con su respirador?
Filtros HEPA: _____ Si No
Filtros de bote (por ejemplo, caretas antigás): _____ Si No
Cartuchos: _____ Si No

11. ¿Cuántas veces espera usar el respirador? (circule "si" o "no" en las respuestas que se aplican a usted)
Escape solamente (no rescate): _____ Si No
Rescate de emergencia solamente: _____ Si No
Menos de 5 horas por semana: _____ Si No
Menos de 2 horas por día: _____ Si No
2 a 4 horas por día: _____ Si No
Mas de 4 horas por día: _____ Si No

12. Durante el período que usa el respirador, el esfuerzo del trabajo es:
• **Ligero** (menos de 200 kcal por hora): _____ Si No
¿Si es que sí, cuánto tiempo dura este período durante el turno?
_____ hrs. _____ mins.
Ejemplos de trabajos ligeros son: estar sentado escribiendo, escribiendo a máquina, trabajando la línea de montaje, realizando trabajo de ensamblaje ligero; o estando parado mientras que opera un taladro (1-3 libras.) o controlando máquinas.

• **Moderado** (200 to 350 kcal por hora): _____ Si No
¿Si es que sí cuánto tiempo dura este período durante el turno?
_____ hrs. _____ mins.
Ejemplos de trabajos moderados son: estar sentado clavando o el archivando; conducir un camion o un autobús en tráfico urbano; estar parado mientras que perfora, clava, ensamblando o transfiriendo una carga moderada (como de 35 libras) al nivel de la cintura; el caminar en una superficie plana a 2 mph o bajando a 3 millas por hora; o empujando una carretilla con una carga pesada (cerca de 100 libras.) en una superficie plana.

• **Pesado** (sobre 350 kcal por hora): _____ Si No
¿Si es que sí, Si es que sí cuánto tiempo dura este periodo durante el turno?
_____ hrs. _____ mins.
Ejemplos de trabajos pesados: levantando cargas pesadas (cerca de 50 libras.) del piso a la altura de la cintura u hombros; trabajando cargando o descargando; trabajar con una pala; trabajar de albañil o demenuzando moldes; subir un nivel inclinado de 8 grados a dos millas por hora; subir las escaleras con una carga pesada (cerca de 50 libras).

Parte B - Preguntas Discrecionales (Continued)

13. ¿Va usted a usar la ropa protectora y/o equipo protector (otro que no sea el respirador) cuando esté usando el respirador? Sí No

Si/No Si es que si, describa esta ropa protectora y/o equipo protector:

14. ¿Va usted a trabajar bajo condiciones calientes? (temperatura que excede 77 grados F): Sí No

15. ¿Va usted a trabajar bajo condiciones húmedas?: Sí No

16. Describa el tipo de trabajo que usted hara mientras que usa el respirador:

17. Describa cualquier otra situación especial o peligrosa que pueda encontrar cuando esté usando el respirador, (por ejemplo, espacios confinados, gases peligrosos le puedan matar):

18. Proporcione la información siguiente, si la sabe, para cada sustancia tóxica que va a estar expuesto cuando esté usando el respirador:

Nombre de la primera sustancia tóxica: _____

Maximo nivel de exposición durante el turno de trabajo: _____

Tiempo de exposición del turno: _____

Nombre de la segunda sustancia tóxica: _____

Máximo nivel de exposición durante el turno de trabajo: _____

Tiempo de exposición del turno: _____

Nombre de la tercer sustancia tóxica: _____

Maximo nivel de exposición durante el turno de trabajo: _____

Tiempo de exposición del turno: _____

Nombre de otras sustancias tóxicas que va a estar expuesto mientras que usa su respirador:

19. Describa alguna responsabilidad especial que usted va a tener mientras que usa el respirator que puede afectar la seguridad o el bienestar de otros (por ejemplo, rescate, seguridad).

