

OSHA Respirator Medical Evaluation Questionnaire – Spanish Version

This section to be completed by employee/participant prior to the test date

EMPLOYEE NAME \_\_\_\_\_ PROGRAM COORDINATOR \_\_\_\_\_

JOB TITLE \_\_\_\_\_ COMPANY NAME \_\_\_\_\_

Primary RESPIRATOR TYPE/MFG. \_\_\_\_\_ MODEL \_\_\_\_\_ SIZE \_\_\_\_\_

Secondary RESPIRATOR TYPE/MFG. \_\_\_\_\_ MODEL \_\_\_\_\_ SIZE \_\_\_\_\_

Check level of physical activity while wearing respirator:  LIGHT  MODERATE  HEAVY  STRENUOUS

Current exposure(s) requiring respiratory protection \_\_\_\_\_

Check extent of respirator use:  DAILY USE How many hours of your work shift? \_\_\_\_\_

OCCASIONAL USE How many hours each week? \_\_\_\_\_

RARE USE OR EMERGENCY USE ONLY

I have received training in the use, limitations, fit and maintenance for the respirator(s) indicated below. I understand that if I have any questions now or in the future regarding this information, I will contact my supervisor.

Employee Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

This section to be completed by CHH representative only

<input type="checkbox"/> Questionnaire Completed	Quantitative Fit Test <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Qualitative Fit Test (Bitrex or Smoke) <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail
<input type="checkbox"/> PFT (Pulmonary Function Test)		

Video Viewed (training and information for use and care of respirator)

This section to be completed by the medical evaluator only

Medical Evaluator: Sunil K. Saini, MD ph: 909-931-7947 After reviewing the medical history, job description, type of respirator, frequency of use, potential exposures, and PFT test results, it is my opinion that:

- The employee is medically qualified to wear a respirator without limitation
- The employee is NOT medically qualified to wear a respirator and CHH will provide a copy of the evaluation results to the employee.
- The employee is medically qualified to wear a respirator, however, further medical evaluation is indicated within the following parameters: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- The employee may only wear a respirator with the following limitation(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature of Medical Evaluator: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

The pages that follow are confidential and should not be viewed without proper authorization.

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN MÉDICA DE RESPIRADOR DE OSHA

El cuestionario en la forma siguiente es un mandato de OSHA (Occupational Safety and Health Administration). Desafortunadamente, debido al estándar respiratorio de OSHA de \*un tamaño le queda a todo, algunas preguntas pueden parecer inapropiadas para el trabajo que usted hace. Por favor procure contestar todas las preguntas lo mejor que pueda y comuníquese con su Departamento de Seguridad si tiene alguna pregunta.

Nombre de compañía: \_\_\_\_\_

Al empleador: **Respuestas a preguntas en la sección 1, y a la pregunta 9 en la sección 2 de la parte A, no requieren un examen médico.**

Al empleado: ¿Puede leer? (Marque uno):  Sí  No

Su empleador debe permitirle responder este cuestionario durante las horas normales de trabajo, o en un momento y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener su privacidad, su empleador o supervisor no debe mirar o revisar sus respuestas, y su empleador debe decirle cómo entregar o enviar este cuestionario al profesional de cuidado médico que lo revisará.

### Parte A. Sección 1. (Obligatorio)

Cada empleado que ha sido seleccionado para utilizar cualquier tipo de respirador debe proporcionar la siguiente información. (Por favor escriba con letra de molde).

1. Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

2. Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Su Edad: \_\_\_\_\_

4. Sexo (circule uno): Masculino / Femenino

5. Su estatura: \_\_\_\_\_ Pies \_\_\_\_\_ Pulgadas

6. Su Peso: \_\_\_\_\_ Libras

7. Tipo de empleo: \_\_\_\_\_

8. Un número de teléfono donde el profesional de cuidado médico que revisará este cuestionario le pueda llamar (incluyendo el área): \_\_\_\_\_

9. La hora más apropiada para llamarle a este número: \_\_\_\_\_

10. ¿Su empleador le ha dicho como comunicarse con el profesional médico que revisará su cuestionario? (marque uno):

Sí  No

11. Marque el tipo de respirador que usted utiliza en el trabajo (puede circular más de uno):

a. \_\_\_\_\_ N, R, o P respirador desechable (máscara de filtro, tipo sin cartucho solamente).

b. \_\_\_\_\_ Otro tipo (por ejemplo, tipo de media cara o cara completa, purificador de aire motorizado, aire suministrado, equipo de respiración autónomo).

12. Ha usado un respirador (circule uno):  Sí  No

Si "Sí," qué clase(s): \_\_\_\_\_

Parte A. Sección 2. (Obligatorio)

Las preguntas del 1 al 9 deben ser contestadas por cada empleado que ha sido seleccionado para utilizar cualquier tipo de respirador. (Marque "Sí" o "No").

interfiere con su trabajo:  Sí  No  
m. Dolor de pecho cuando respira profundo:  Sí  No  
n. Algún otro síntoma que usted crea sea relacionado con problemas pulmonares:  Sí  No

1. ¿Actualmente fuma tabaco o ha fumado tabaco durante el último mes?  Sí  No

2. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

- a. Convulsiones  Sí  No  
b. Diabetes (enfermedad de azúcar):  Sí  No  
c. Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración:  Sí  No  
d. Claustrofobia (temor a lugares cerrados):  Sí  No  
e. Dificultad distinguiendo olores:  Sí  No

3. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares o problemas con los pulmones?

- a. Asbestosis:  Sí  No  
b. Asma:  Sí  No  
c. Bronquitis crónica:  Sí  No  
d. Enfisema:  Sí  No  
e. Pulmonía:  Sí  No  
f. Tuberculosis:  Sí  No  
g. Silicosis:  Sí  No  
h. Neumotórax (pulmón derrumbado):  Sí  No  
i. Cáncer de pulmón:  Sí  No  
j. Costillas quebradas:  Sí  No  
k. Alguna lesión o cirugía en el pecho:  Sí  No  
l. Algún otro problema pulmonar que usted sepa:  Sí  No

4. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas de enfermedades pulmonares o del pulmón?

- a. Dificultad al respirar:  Sí  No  
b. Dificultad para respirar al caminar de prisa en suelo plano o al subir o bajar una pequeña colina:  Sí  No  
c. Dificultad para respirar cuando camina con otra gente a paso normal en suelo nivelado:  Sí  No  
d. Tiene que parar para respirar cuando camina normalmente en suelo plano:  Sí  No  
e. Dificultad para respirar cuando se baña o cambia de ropa:  Sí  No  
f. Dificultad o falta de respiración que interfiere con su trabajo:  Sí  No  
g. Tos que produce flema (esputo grueso):  Sí  No  
h. Tos que lo despierta temprano por la mañana:  Sí  No  
i. Tos que ocurre al estar acostado:  Sí  No  
j. Tos con sangre en el último mes:  Sí  No  
k. Respiración con silbido:  Sí  No  
l. Respiración que suena o silba e

5. ¿Alguna vez a tenido alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o problemas con el corazón?

- a. Ataque cardíaco:  Sí  No  
b. Derrame cerebral:  Sí  No  
c. Dolor de pecho:  Sí  No  
d. Fallas cardiovasculares:  Sí  No  
e. Hinchazón en las piernas o pies (no causado por caminar):  Sí  No  
f. Latido irregular del corazón:  Sí  No  
g. Presión alta:  Sí  No  
h. Algún otro problema del corazón que usted sepa:  Sí  No

6. ¿Ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o síntomas del corazón?

- a. Dolor o presión en el pecho:  Sí  No  
b. Dolor o presión en el pecho durante actividad física:  Sí  No  
c. Dolor o presión en el pecho que interfiere con su trabajo:  Sí  No  
d. En los últimos dos años a notado su corazón saltar o perder el ritmo:  Sí  No  
e. Acidez o indigestión que no sea relacionado con la comida:  Sí  No  
f. Cualquier otro síntoma que cree que puede estar relacionado con problemas cardíacos o de circulación:  Sí  No

7. ¿Actualmente toma medicamento para alguno de los siguientes problemas?

- a. Problemas respiratorios o pulmonares:  Sí  No  
b. Problemas del corazón:  Sí  No  
c. Presión alta:  Sí  No  
d. Convulsiones:  Sí  No

8. Si usted ha usado un respirador, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas? (Si nunca ha usado un respirador, marque la caja siguiente y siga con la pregunta número 9):

Nunca he usado un respirador -----

- a. Irritación en los ojos:  Sí  No  
b. Alergias o salpullido en la piel:  Sí  No  
c. Ansiedad:  Sí  No  
d. Debilidad o fatiga:  Sí  No  
e. Algún otro problema que interfiera con el uso de su respirador:  Sí  No

9. ¿Le gustaría hablar con el profesional de cuidado médico que revisará este cuestionario acerca de sus respuestas?  Sí  No

Las preguntas del 10 al 15 deben ser contestadas por cada empleado seleccionado para utilizar un respirador de máscara completa o un aparato respiratorio autónomo (SCBA). Para los

empleados que han sido seleccionados para utilizar otros tipos de respiradores, el contestar a estas preguntas es voluntario.

10. ¿Ha perdido alguna vez la vista en cualquiera de sus ojos? (temporalmente o permanentemente):  Sí  No

11. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas de visión?

- a. Usa lentes de contacto:  Sí  No
- b. Usa lentes:  Sí  No
- c. No puede distinguir colores:  Sí  No
- d. Cualquier otro problema de visión o en los ojos:  Sí  No

12. Alguna vez ha tenido una lesión en los oídos, incluyendo un tímpano roto:  Sí  No

13. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas de audición?

- a. Dificultad para escuchar:  Sí  No
- b. Usa un audífono (aparato para oír)  Sí  No
- c. Cualquier otro problema del oído:  Sí  No

14. ¿Se ha lesionado la espalda alguna vez?  Sí  No

15. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas musculoesqueléticos?

- a. Debilidad en alguna de sus manos, brazos, piernas, o pies:  Sí  No
- b. Dolor de espalda:  Sí  No
- c. Dificultad para mover completamente sus brazos y piernas:  Sí  No
- d. Dolor o rigidez cuando se inclina hacia adelante o hacia atrás en la cintura:  Sí  No
- e. Dificultad para mover su cabeza completamente hacia arriba o hacia abajo:  Sí  No
- f. Dificultad para mover su cabeza completamente de lado a lado:  Sí  No
- g. Dificultad al doblar sus rodillas:  Sí  No
- h. Dificultad al agacharse en cuclillas:  Sí  No
- i. Dificultad al subir escalones o una escalera cargando más de 25 libras:  Sí  No
- j. Algún otro problema en los músculos o huesos que pueda interferir con el uso de un respirador:  Sí  No

Parte B Algunas de las siguientes preguntas, y otras preguntas que no aparecen, pueden ser agregadas al cuestionario a discreción del profesional de cuidado médico que revisará el cuestionario.

1. ¿En su empleo actual, está trabajando a grandes altitudes (sobre 5,000 pies) o en un lugar que tiene cantidades de oxígeno debajo de lo normal?:  Sí  No  
Si contesto "Sí", ¿Tiene alguna sensaciones de mareos, dificultad para respirar, presión en el pecho, u otros síntomas cuando usted trabaja bajo estas condiciones?  Sí  No

2. En el trabajo o en su casa, ha estado expuesto a solventes peligrosos, productos químicos peligrosos aerotransportados (e.g., gases, vapores, o polvo) o tiene contacto de piel con productos químicos peligrosos:  Sí  No

Si contesto "Sí," nombre los productos químicos, si los sabe:

3. Ha trabajado con alguno de los materiales, o bajo alguna de las siguientes condiciones:

- a. Asbesto:  Sí  No
- b. Sílice (e.g., chorreo de arena):  Sí  No
- c. Tungsteno/cobalto:  Sí  No
- d. Berilio:  Sí  No
- e. Aluminio:  Sí  No
- f. Carbón:  Sí  No
- g. Acero:  Sí  No
- h. Lata:  Sí  No
- i. Ambientes polvorientos:  Sí  No
- j. Cualquier otra exposición peligrosa:  Sí  No

Si contesto "Sí," describa estas exposiciones: \_\_\_\_\_

4. Mencione cualquier trabajo secundario o negocio que usted tenga: \_\_\_\_\_

5. Mencione sus trabajos anteriores: \_\_\_\_\_

6. Mencione sus aficiones actuales y anteriores, que pudieran exponerle al polvo, humos o gases: \_\_\_\_\_

7. ¿Ha estado en el Servicio Militar?  Sí  No

Si contesto "Sí," fue expuesto a agentes biológicos o químicos (en el entrenamiento o combate):  Sí  No

8. Ha trabajado con un equipo de HAZMAT?:  Sí  No

9. ¿Con excepción de medicamentos para la respiración, problemas pulmonares, problemas cardíacos, presión arterial, y convulsiones, anteriormente mencionados, está tomando algún otro medicamento por cualquier otra razón? (incluyendo medicamento sin receta médica)  Sí  No

Si contesto "Sí," mencione el nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

10. ¿Utilizará alguno de los siguientes artículos con su respirador?

- a. Filtros HEPA:  Sí  No
- b. Frascos (e.g. máscaras de gas):  Sí  No
- c. Cartuchos:  Sí  No

11. ¿Con qué frecuencia debe utilizar el respirador? (marque "Sí" o "no" para todas las respuestas que se apliquen a usted):
- a. Escape solamente (no rescate):  Sí  No
  - b. Rescate de emergencia solamente:  Sí  No
  - c. Menos de 5 horas por semana:  Sí  No
  - d. Menos de 2 horas al día:  Sí  No
  - e. 2 a 4 horas al día:  Sí  No
  - f. Más de 4 horas por día:  Sí  No
14. ¿Trabaja bajo condiciones calientes? (temperatura que excede los 77 ° F):  Sí  No
15. ¿Trabaja bajo condiciones húmedas?:  Sí  No
16. Describa su trabajo cuando utiliza su respirador(es):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

12. Durante el periodo que utiliza el respirador(s), su esfuerzo de trabajo es: A. ligero B. Moderado o C. Pesado (lea las siguientes descripciones que describen Ligero, Moderado, Pesado antes de contestar)
17. Describa cualquier condición especial o peligrosa en la cual pudiera encontrarse cuando usa su respirador (por ejemplo, espacios reducidos o gases mortales):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

a. Ligero (menos de 200 Kcal por hora):  Sí  No

Si contesto "Sí," ¿cuánto tiempo dura el periodo durante el trabajo? Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_.

*Los ejemplos de un esfuerzo ligero de trabajo son: estar sentado mientras escribe mecanografía, bosquejando o realizando trabajo de ensambla ligera; o estar parado mientras opera un taladro (1-3 lbs.) o controlando maquinas.*

b. Moderado (200 a 350 Kcal por hora):  Sí  No

Si contesto "Sí," ¿cuánto tiempo dura el periodo durante el trabajo? Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_.

*Ejemplo de esfuerzo moderado de trabajo: estar sentado mientras que clava o archiva, conducir un carro o un autobús en tráfico urbano; estar parado mientras que perfora, clava, realiza trabajo de ensamblaje o transfiriendo una carga moderada (alrededor de 35 libras.) al nivel de la cintura; caminar en una superficie de nivel plano a 2 mph o hacia abajo a una inclinación de 5 grados alrededor de 3 mph; o empujando una carretilla con una carga pesada (cerca de 100 libras.) en una superficie plana.*

c. Pesado (arriba de 350 Kcal por hora):  Sí  No

Si contesto "Sí," ¿cuánto tiempo dura el periodo durante el trabajo? Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_.

*Los ejemplos de trabajo pesado son: levantar una carga pesada (alrededor de 50 libras) del piso a su cintura u hombro; trabajo en un muelle de cargamento; traspaleo; estar parado mientras levanta ladrillos o albañearía; caminar hacia arriba a un nivel de 8 grados alrededor de 2 mph; subir escaleras con una carga pesada(alrededor de 50 libras.).*

13. ¿Usa ropa protectora y/o equipo (con excepción del respirador) cuando usa su respirador?:  Sí  No

Si contesto "Sí," describa la ropa protectora y/o equipo:  
 \_\_\_\_\_

18. Proporcione la siguiente información, si la sabe, para cada sustancia tóxica a la cual está expuesto cuando usa su respirador(es):

Nombre de la primera sustancia tóxica: \_\_\_\_\_

Nivel de exposición máxima estimada por turno: \_\_\_\_\_

Duración de la exposición por turno: \_\_\_\_\_

Nombre de la segunda sustancia tóxica: \_\_\_\_\_

Nivel de exposición máxima estimada por turno: \_\_\_\_\_

Duración de la exposición por turno: \_\_\_\_\_

Nombre de la tercera sustancia tóxica: \_\_\_\_\_

Nivel de exposición máxima estimada por turno: \_\_\_\_\_

Duración de la exposición por turno: \_\_\_\_\_

19. Describa cualquier responsabilidad especial que usted tenga mientras usa su respirador(es) que puedan afectar la seguridad y el bienestar de otros (por ejemplo, rescate o seguridad):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_