

Respclearance.com Cuestionario de Salud Respiratorio

Para el empleador: Favor de contestar las preguntas en la sección 1, y la pregunta 9 en la sección 2 de la parte A; esto no requiere un examen médico.

Para el empleado: Puede usted leer (marcar con un círculo)?: Si No

Parte A. Sección 1. La siguiente información tiene que ser proveída por cada empleado que haya sido seleccionado para utilizar cualquier tipo de respirador (escriba con letra de imprenta por favor).

Fecha: _____
Nombre: _____ Profesión: _____
Edad: _____ Sexo (marcar con un círculo): Masculino Femenino
Altura: _____ pies _____ pulgadas. Peso _____ libras.
Número de Teléfono (donde pueda ser contactado, incluyendo código de área): (____) _____
Cual es la mejor hora del día para ser contactado:

Su empleador le ha informado como comunicarse con el profesional de salud que va a revisar este cuestionario? Si No
Favor de marcar el tipo de respirador que va a utilizar: (puede marcar mas de una categoría).

____ Respirador desechable de clase N, R, o P (mascarilla con filtro, respirador sin cartuchos).
____ Otros tipos (media cara o cara completa, PAPR, a través de una manguera, SCBA).

Ha usado algún tipo de respirador? (marcar con un círculo): Si No
Si contesto "Sí", que tipo de respirador ha utilizado?:

Parte A. Sección 2. (MANDATORIO)

1. Fuma actualmente, o ha fumado durante el último mes?..... Si No
Si la respuesta es SÍ, cuántos cigarrillos por día fuma? _____
Por cuantos años ha fumado Tabaco? _____

2. Ha padecido usted de las siguientes condiciones médicas?

Convulsiones (ataques):..... Si No
Si contesto "Sí", favor de indicar el año en que fue diagnosticado _____

Todavía experimenta dificultades por esta condición:..... Si No
Si contesto "Sí", favor de explicar: _____

Diabetes (azúcar en la sangre):..... Si No
Si contesto "Sí", favor de indicar el año en que fue diagnosticado: _____

Todavía experimenta dificultades por esta condición:..... Si No
Si contesto "Sí", favor de explicar: _____

Reacciones alérgicas que no lo dejan respirar:..... Si No
Claustrofobia (miedo de estar en espacios cerrados):..... Si No

Dificultad al oler:..... Si No

3. Ha padecido usted de los siguientes problemas pulmonares?

Asbestosis:..... Si No

Asma: Si No

Bronquitis crónica:..... Si No

Enfisema:..... Si No

Neumonía:..... Si No

Tuberculosis:..... Si No

Silicosis:..... Si No

Neumotórax (pulmón colapsado):..... Si No

Cáncer en los pulmones:..... Si No

Costillas rotas:..... Si No

Lesiones o cirugía en el pecho:..... Si No

Algún otro problema de los pulmones que le hayan dicho:..... Si No

Si contesto "Sí", a alguna condición mencionada arriba, favor de indicar la condición y el año en que fue diagnosticado:

Usted todavía experimenta alguna dificultad por esta condición?.....Si No

Si contesto "Sí", favor de explicar: _____

4. Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?

Dificultad al respirar:.....Si No

Dificultad al respirar cuando camina rápido sobre terreno plano, una superficie levemente inclinada o subiendo colina:..... Si No

Dificultad al respirar cuando camina a un ritmo normal con otras personas:.....Si No

Cuando camina a paso normal en terreno plano necesita para tomar aire:.....Si No

Dificultad al respirar cuando se esta bañando o vistiendo:..... Si No

Dificultad al respirar la cual le impide trabajar:.....Si No

Tos con flema: (esputo espeso):..... Si No

Tos que lo despierta temprano en la mañana:.....Si No

Tos que ocurre mayormente cuando esta acostado:..... Si No

Ha tosido con sangre en el último mes:.....Si No

Silbido:..... Si No

Silbido que interfiera con su trabajo:..... Si No

Dolor en el pecho cuando respira profundamente:.....Si No

Algún otro síntoma que crea usted que esta relacionado con los pulmones:.....Si No

Ha tenido que ver a un profesional de la salud por alguna condición pulmonar mencionada arriba?:.....Si No

Si contesto "Sí", cuando fue la ultima vez que vio a un profesional de la salud: _____

5. Ha tenido alguno de los siguientes problemas del corazón?

Ataque cardiaco:..... Si No

Derrame cerebral o embolia: Si No

Angina de pecho:.....Si No

Falla del corazón:.....Si No

Hinchazón en la piernas o pies (no causado por caminar):..... Si No

Latidos irregulares del corazón (arritmia):..... Si No

Alta presión:.....Si No

Algún otro problema cardiovascular o cardiaco que le hayan comunicado:

Si contesto "Sí", a alguna condición mencionada arriba, favor de indicar la condición y el año en el que fue m diagnosticado:

Esta teniendo alguna dificultad debido a esta condición?..... Si No

Si contesto "Sí", favor de explicar: _____

6. Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas del corazón?

Dolor o presión en el pecho:..... Si No

Dolor o presión en el pecho durante actividad fisica:..... Si No

Dolor o presión en el pecho que no lo deja trabajar normalmente:..... Si No

En los últimos dos años, ha notado que su corazón late irregularmente:..... Si No

Acidez o indigestión no ocasionada por la comida:..... Si No

Algún otro síntoma que usted piense son causados por problemas de su corazón o de su circulación:..... Si No

Ha tenido que visitar a su doctor por alguno de los síntomas cardiovasculares o del corazón mencionados arriba:.....Si No

Si contesto "Sí", favor de indicar la última vez que visitó a su doctor: _____

7. Actualmente esta tomando medicamentos para alguno de los siguientes problemas?

- Problemas al respirar o pulmonares:..... Si No
- Problemas del corazón:..... Si No
- Alta Presión:..... Si No
- Convulsiones (ataques):..... Si No

Si contesto “Sí” a algunos de los síntomas mencionados arriba, favor de completar lo siguiente:

Medicamento(s):_____

Que tan seguido toma los medicamento(s):_____

Ultima vez que tomo medicamento(s):_____

8. Si alguna vez ha usado un respirador, **éste** le ha causado alguno de los siguientes problemas?
(Si nunca ha usado un respirador, marque NO en el encasillado y continúe con la pregunta 9)

- Irritación de los ojos:..... Si No
- Alergias en la piel o sarpullido:..... Si No
- Ansiedad:..... Si No
- Dificultad al respirar:..... Si No
- Algún otro problema que le impida usar un respirador:.....Si No

9. Le gustaría hablar con el profesional de salud, quien evaluara su
respuestas en este cuestionario:.....Si No

Comentarios: Explique con mas detalles cualquiera de las respuestas que haya contestado con un “Si” y que no haya sido mencionado. Describa cualquier síntoma o condición que pudiera interferir con su habilidad de usar un respirador de manera segura y efectiva.

Las preguntas deben de ser contestadas por los empleados que han sido seleccionados un respirador el cual le cubra la cara por completo o un respirador con auto-suministro de aire propio (SCBA). Los empleados que usan otro tipo de respirador, las respuestas a estas preguntas son voluntarias.

- | | | |
|--|----|----|
| 10. Ha perdido la vista en alguno de sus ojos (temporalmente o permanente)?: | Si | No |
| 11. Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas con su visión? | | |
| Usa lentes de contacto: | Si | No |
| Usa lentes/espeuelos: | Si | No |
| Dificultad para distinguir colores: | Si | No |
| Tiene algún otro problema con sus ojos o su visión: | Si | No |
| 12. Ha tenido alguna vez daño en sus oídos, incluyendo rotura del tímpano? | Si | No |
| 13. Actualmente esta teniendo uno de los siguientes problemas con los oídos? | | |
| Dificultad para oír: | Si | No |
| Utiliza un aparato para la sordera: | Si | No |
| Tiene algún otro problema con sus oídos o dificultad al escuchar: | Si | No |
| 14. Se ha lastimado alguna vez su espalda?: | Si | No |
| 15. Tiene uno de los siguientes problemas óseos o musculares?: | | |
| Debilidad en sus brazos, manos, piernas o pies: | Si | No |
| Dolor de espalda: | Si | No |
| Dificultad para mover completamente sus brazos y piernas: | Si | No |
| Dolor o rigidez al doblar su cintura hacia adelante o hacia atrás: | Si | No |
| Dificultad para mover completamente su cabeza hacia arriba | | |

hacia abajo:	Si	No
Dificultad para mover completamente su cabeza de lado a lado:	Si	No
Dificultad para doblar sus rodillas:	Si	No
Dificultad para ponerse de cuclillas:	Si	No
Dificultad al subir un escalera or escalones cargando más de 25 libras:	Si	No
Algún otro problema muscular o con sus huesos que le impida usar un respirador:	Si	No

Favor de firmar su nombre indicando que las contestaciones proveídas son verdaderas y correctas a lo mejor de su conocimiento:

_____	_____	_____	_____
Firma del empleado	Fecha	Firma del Medico o Profesional de Salud	Fecha

Parte B. Cualquiera de las siguientes preguntas, y otras preguntas no mencionadas, pueden ser añadidas en el cuestionario a discreción del profesional de salud quien será el que revisara este cuestionario.

16. En su actual trabajo, trabaja a más de 5,000 pies de altura o en algún lugar donde el nivel de oxígeno es mas bajo de lo normal:

Si No

17. En su trabajo o casa, ha estado alguna vez expuesto a disolventes peligrosos o químicos en el aire (ej., gases, humos, o polvo). Alguna vez ha tenido contacto directo en su piel con algun químico peligroso: Si No
Si contesto "Sí", nombre los químicos si los conoce:

18. Alguna vez ha trabajado con algunos de los materiales, o bajo alguna condición de trabajo, mencionados abajo:

Asbesto:	Si	No	Aluminio:	Si	No
Silicio (ej., pulverizador de arena):	Si	No	Carbon (ej., mina):	Si	No
Acero de tungsteno/Cobalto:	Si	No	Hierro:	Si	No
Berilio:	Si	No	Estaño:	Si	No
Ambiente polvoriento:	Si	No			

Algún otro tipo de ambiente peligroso al que haya estado expuesto Si No
Si contesto "Sí", describe estos ambientes: _____

19. Indique otro segundo trabajo o negocio que tenga:

20. Indique sus ocupaciones anteriores:

21. Indique sus pasatiempos actuales y anteriores

22. Ha estado en el servicio militar? Si No

Si contesto "Sí", estuvo expuesto a agentes biológicos o químicos durante entrenamiento o combate: _____

23. Alguna vez ha trabajado con un grupo que se especialice en el manejo de materiales peligrosos?

Si No

24. Aparte de medicamentos para problemas respiratorios o del pulmón, problemas del corazón, alta presión, y/o convulsiones mencionados anteriormente en este cuestionario, esta usted tomando algún otro medicamento por alguna otra razón (incluyendo medicamentos no recetados): Si No
Si contesto "Sí", nombre los medicamentos, si los conoce: _____

25. Estaría utilizando algunos de los siguientes materiales con su respirador(es)?

Filtros HEPA:	Si	No
Botes (por ejemplo, máscaras de anti-gas):	Si	No
Cartuchos de filtro de aire:	Si	No

26. Que tan seguido va a usar su respirador(es)? (Marque "Si" o "No" a todas las respuestas que apliquen)?

Solo de escape (no rescate):	Si	No
Solo rescate de emergencia:	Si	No
Menos de 5 horas por semana:	Si	No
Menos de 2 horas diaria:	Si	No
2 a 4 horas diaria:	Si	No
Mas de 4 horas diaria:	Si	No

27. Durante el tiempo que estará utilizando el respirador, su esfuerzo de trabajo será:

Ejemplos de trabajos leves son, sentado mientras escribe, mecanografía, redacción, realizando trabajos leves de montaje; estar parado mientras opera un taladro de columna (1-3 lbs.) o controlando máquinas.

a. Leve (menos de 200 kcal por hora): Si No

Si contesto "Si", cuanto tiempo dura este periodo durante su turno: _____

Ejemplos de trabajos moderados son, estar sentado mientras martilla o archiva; manejando una camioneta o autobús en área urbana/ciudad; estar parado mientras perfora, martilla, controla máquinas o transfiriendo carga moderada (aproximadamente 35 lbs.) a nivel de la cajuela; caminar en superficie plana a aproximadamente 2 mph, bajando 5 grados a unas 3 mph; o empujando una carretilla con una carga pesada (aproximadamente 100 lbs.) en superficie plana.

b. Moderado (200 a 350 kcal por hora): Si No

Si contesto "Si", cuanto tiempo dura este periodo durante su turno durante su turno de trabajo

Ejemplos de trabajos pesados son, cargando carga pesada (unas 50 lbs.) desde el piso hasta su cintura u hombro: trabajando en muelle de carga; excavando; albañilería; subir a 8 grado por 2 mph; o subiendo escaleras con una carga pesada (unas 50 lbs.).

c. Pesado (arriba de 350 kcal por hora) Si No

Si contesto "Si", cuanto tiempo durara este periodo durante su turno: _____

Ejemplos de trabajos pesados son, cargando carga pesada (unas 50 lbs.) desde el piso hasta su cintura u hombro: trabajando en muelle de carga excavando; albañilería; subir a 8 grado por 2 mph; o subiendo escaleras con una carga pesada (unas 50 lbs.).

28. Utilizara vestimenta o equipo protector (que no sea el respirador) cuando utilice el respirador: Si No

Si contesto "Si", describe esta vestimenta y/o equipo protector:

29. Estará trabajando bajo condiciones de frio (temperaturas bajo los 50 grados Fahrenheit):

Si No

30. Estará trabajando bajo condiciones de altas temperatura (temperatura que pasan los 77 grados Fahrenheit):

Si No

31. Estará trabajando bajo condiciones húmedas: Si No

32. Describir el tipo de trabajo que estará haciendo mientras use el respirador (es): Si No

33. Estará trabajando bajo condiciones especiales o peligrosas que se pueda encontrar mientras use el respirador(es)?

Espacios cerrado:	Si	No
Cámara Hiperbárica:	Si	No
Gases que puedan poner en peligro su vida:	Si	No

Si contesto "Si", describir alguna condición especiales o peligrosas: _____

34. Si lo sabe, provea la siguiente información por cada sustancia tóxica al que pueda estar expuesto cuando utilice el respirado(es):

Nombre de la primera sustancia toxica:
Nivel máximo de exposición por turno (estimado):
Tiempo que va a estar expuesto por turno:

Nombre de la segunda sustancia toxica:
Nivel máximo de exposición por turno (estimado):
Tiempo que va a estar expuesto por turno:

Nombre de la tercera sustancia toxica:
Nivel máximo de exposición por turno (estimado):
Tiempo es que va a estar expuesto por turno:

Nombre alguna otra substancias tóxica al que va a estar expuesto mientras use el respirador:

35. Describir alguna responsabilidad especial al que va a estar encargado mientras use el respirador(es) que pueda afectar su seguridad o el bienestar de otros (por ejemplo, rescate, seguridad):

_____	_____	_____	_____
Firma del empleado	Fecha	Firma del Medico o Profesional de Sa	Fecha