

**La Proteccion Respiratoria del OSHA Que Puede la Forma Medica del Cuestionario**

---

Usted leyo?  Si  No

Su patron debe permitir que usted conteste a este cuestionario durante horas de funcionamiento normales, o a la vez y el lugar que le es conveniente. Para mantener su secreto, su patron o el supervisor no debe mirar o repasar sus respuestas, y su patron debe decirle como entregar o enviar este cuestionario al profesional del cuidado medico que lo repasara.

La Compania \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Numero del seguro social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo (cheque uno)  Hombre  Hembra

Su altura \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadis Sus peso \_\_\_\_\_ lbs.

Su titulo de trabajo \_\_\_\_\_ departamento \_\_\_\_\_ su tiempo \_\_\_\_\_

Numero de telefono \_\_\_\_\_ El mejor tiempo para hablarle \_\_\_\_\_

Se te ha informado como contactar al medico profecional con quien repaso este questionario?  Si  No

Cheque el tipo de respirador que usted utilizara (usted puede comprobar mas de una categoria):

- N, R, o P respirador desponible (filtro-mascara, tipo del no-cartucho solamente)
- Otro tipo (por ejemplo, mitad o tipo de la lleno-peiza facial, accionar-aire que purifica, proveer-aire, aparato respiratorio autonomo)

Has usado este respirador hantes?  Si  No

Y si respondio "si," que tipo(s): \_\_\_\_\_

Que tanto tiempo, y en cuales condiciones va a usal el respirador?

- Escape solamente (ningun rescate)
- Rescate solamente de la emergencia
- Menos de 4 horas/semana en promedio
- Menos de 4 horas/dia en promedio
- Mas de 4 horas/dia en promedio

Describen el esfuerzo del trabajo que le requeriran utilizar mientras que usa un respirador:

- Fasil
- Moderado
- Pesado

Discriben el trabajo que usted hara mientras que usa un respirador:

\_\_\_\_\_  
Describe cualquier otra ropa protectora o equipo que usted va a usar cuando este usando un respirador:

\_\_\_\_\_  
Describe cualquier condicion especial o peligrosa que usted puede ser que se encuentre mientras que usa un respirador (por ejemplo, espacios confinados, alta prueba, humedad alta, los etc.)

\_\_\_\_\_  
Si usted los sabe, describa los productos quimicos posibles, provee de gas, saca el polvo, o las sustancias toxicas que usted puede ser que sea expuesto a mientras que usa un respirador:

\_\_\_\_\_  
Usted fuma actualmente el tabaco o usted ha fumado el tabaco en el mes pasado?  Si  No

\_\_\_\_\_  
Liste cualquier medicacion actual usted esta tomando para la proteccion respiratoria

\_\_\_\_\_  
**(encima, por favor)**

## La Forma Medica del Cuestionario

Le tiene tenia SIEMPRE cualquiera del siguiente? (RESPONDA TODOS)	Usted tiene ACTUALMENTE el siguiente? (RESPONDA TODOS)
Enfisema <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tosiendo eso ocurre sobre todo cuando usted esta mintiendo abajo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pulmonia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Toser encima de sangre en el mes pasado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sonida en el pecho <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Silicosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Respirar con dificultad que interfiera con su trabajo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pneumothorax (pulmon derrumbado) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor del pecho cuando usted no respira profundamente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cancer de pulmon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otros sintomas que usted piense puede ser relacionado a las costillas rotas los problemas del pulmon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Le hace toma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Actualmente la medicacion para cualquiera del siguiente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lesiones o cirugias del pecho <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Respiracion o problemas del pulmon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro problema del pulmon que usted tenga hablado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Apuro del corazon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ataque del corazon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de la presion arterial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Movimiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tenerle tenia SIEMPRE cualquiera del siguiente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Angina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Olores que huelen del apuro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Paro cardiaco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asbestosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hinchazon en sus piernas o pies (no causado caminando) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Arritmia del corazon(latido del corazon irregular) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Bronquitis cronica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tension arterial alta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Corta de respiracion <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cualquier otro problema del corazon que usted no tenga hablado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Corta de respiracion al caminar rapidamente en nivel de la tierra o caminando encima de una colina o de una pendiente leve <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Le tiene tenia siempre cualesquiera sintomas cardiovasculares o del corazon? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Corta de respiracion al caminar con la gente en un paso ordinario en dolor o tirantez en su pecho durante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tiene que parar para la respiracion al caminar en sus el propios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Llano o tirantez en su pecho durnate paso en dolor de tierra <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor en el pecho cuando hace actividades fisicas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Corto de respiracion cuando se cambia o se bana <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor de pecho que interfiera con su trabajo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Corto de respiracion que interfiera con su trabajo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En ultimos dos anos a notado que su corazon se pasa un palpido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tos que produce flema <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Acidez estomacal o indejestion que no esta causado por la comida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tos que te despierta muy temprano en la manana <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Algun otro sin toma que se relacione con problemas de circulacion o corazon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si usa un respirador, alguna vez a tenido los sigueintes problemas? (responda todo)
Ataques epilecticos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Irritacion en los ojos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Allergicas de la piel <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Reacciones alergicas que interfiera con su trabajo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anciedad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Claustrofobia (miedo de los cerrados en sitios) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fatiga general <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
XX	Algun otro problema que interfiera con el uso de su respirador? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
XX	Te gustaria hablar con el profecional de salud que respaso este cuestionario, centigo, acerca de tus preguntas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
XX	
XX	

Firma de Empleado y Fecha

## Las Preguntas Adicionales Requeridas si el Uso de Respirador Incluye el Aparato Respiratorio Lleno-Facepiece o Autónomo (SCBA)

### SUPLEMENTO

Alguna vez perdido la vision en algun ojo temporal o permanentemente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiene usted problemas con los huesos o musculos? (RESPONDA TODO)
Tiene usted los ciguintes problemas de vision?	Devilidad en sus brazos, manos, piernas o pies? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Usa lentes de contacto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diferencea la colores <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dificultard para mover tus brazos o piernas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Algun otro problema de vision <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Difficultad en el incarse <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Se ha lastimado los oidos o rompido el tambor en el oido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor cuando se agacha hacia enfrento o hacia atras? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tiene los ciguintes problemas de oidos? (RESPONDA TODO)	Difficultad en mover tu caveza arriba o para abajo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Difficulta para oir <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Difficultad en mover tu caveza lado a lado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Usa aparatos para oir <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Difficultad en doblar las piernas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Algun otro problema en oir o problemas con el oido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuando sube las escaleras podria cargar mas de 25 libras <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alguna vez se a lastimado la espalda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Algun otro problema de musculos o huesos que la impida usar un respirador <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No