

Nombre (Apellido, Nombre, e Inicial)	Compañía de empleo	NSS (N° Seguro Social)	Fecha
Tipo de empleo/Posición	Dirección del trabajo	Estatura pies            pulgadas	Peso libras
N° de teléfono durante horas de trabajo (        )	La mejor hora para llamar	Edad años	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

**Parte A. Sección 1. La siguiente información debe ser proporcionada por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (favor de marcar).**

- Sabe cómo comunicarse con el profesional de cuidados médicos que va a revisar este formato:  Sí  No
- Marcar el tipo de respirador que usará (puede marcar uno o ambos):
  - N, R, o P respirador desechable (máscara-filtro, solamente del tipo sin cartucho).
  - Otro tipo (ej: media o máscara completa, aire-purificado automatizado, aire suplido, aparato respirador auto contenido)
- Ha usado usted un respirador:  Yes  No  
 Si la respuesta es "Sí" marque aquellos que sean pertinentes:
 

<input type="checkbox"/> Mascarilla para polvo	<input type="checkbox"/> Respirador con línea de aire (aire suplido)
<input type="checkbox"/> Respirador de media mascarilla	<input type="checkbox"/> Respirador de aire-purificado automatizado (PAPR)
<input type="checkbox"/> Respirador de mascarilla completa	<input type="checkbox"/> Aparato respirador auto contenido (SCBA)

**Parte A. Sección 2. Las siguientes preguntas del 1 al 9 deben ser proporcionadas por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (favor marcar "Sí" o "No")**

- En la actualidad usted usa tabaco, a ha fumado tabaco en el mes pasado:  Sí  No
- ¿Ha tenido alguna vez alguna de las siguientes condiciones?
 

a. Ataques:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. Claustrofobia:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Diabetes:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	e. Dificultad con el olfato:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Alergias que interfieren con la respiración:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
- ¿Ha tenido usted en algún momento alguna de las siguientes condiciones pulmonares o del pulmón?
 

a. Asbestosis:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	h. Neumotorax (colapso de pulmón):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Asma:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	i. Cáncer del Pulmón:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Bronquitis Crónica:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	j. Quiebro de costias:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. Enfisema:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	k. Alguna operación o herida del pecho:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. Neumonía:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	l. Le han indicado de algún otro problema del pulmón:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. Tuberculosis:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
g. Silicosis:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
- ¿Tiene usted en la actualidad algunos de los siguientes síntomas?
 

a. Dificultad con su respiración:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	f. Dificultad con su respiración al punto que interfiere con su trabajo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Dificultad respirando cuando camina rápido en camino plano o subiendo un cerro moderado o terreno inclinado:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	g. Tos que produce flema:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Dificultad respirando cuando camina con otras personas a un ritmo moderado en camino plano:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	h. Tos que lo despierte temprano:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. Tiene que detenerse por falta de respiración cuando camina a su propio ritmo en camino plano:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	i. Tos que ocurre mayormente cuando está acostado:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. Dificultad con su respiración cuando se baña o se viste solo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	j. Tos con sangre durante el mes pasado:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		k. Respiración con silbido:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		l. Respiración con silbido al punto que interfiere con su trabajo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		m. Dolor de pecho cuando aspira profundo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		n. Cualquier otro síntoma que Ud. crea esté relacionado con problemas del pulmón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

5. ¿Alguna vez ha tenido lo siguiente?

- |   | Sí                       | No                       |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Ataque al corazón:                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f. Corazón arritmico (palpitación irregular o fuera de ritmo):      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Derrame cerebral/Apoplejía:                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. Presión alta de sangre:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Angina:                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h. Cualquier otro problema al corazón del cual haya sido informado: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Paro cardiaco:                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| e. Pies o piernas hinchadas (no por caminar): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |

6. ¿Ha tenido alguna vez algunos de los siguientes síntomas?

- |  |                          |                          |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Dolor frecuente u opresión en el pecho:                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | su corazón haya saltado o perdido una palpitación:   |                          |                          |
| b. Dolor u opresión en el pecho durante actividad física:      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e. Acidez o indigestión no relacionada con alimentos :   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Dolor u opresión en el pecho que interfiera con su trabajo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f. Algún otro síntoma que Ud. crea que esté relacionado con problemas del corazón o circulación: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En los dos últimos años Ud. ha notado que                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |

7. ¿Toma Ud. en la actualidad algún medicamento para lo siguiente?

- |  |                          |                          |                  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Problemas respiratorios o del pulmón: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c. Presión alta: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Problema al corazón:                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d. Ataques:      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Si Ud. ha usado un respirador, ¿alguna vez a sufrido de lo siguiente? (Si nunca ha un respirador, marque el siguiente espacio  y prosiga a la pregunta 9:)

- |                                     |                          |                          |  |                          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Irritación de los ojos:          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d. Debilidad o fatiga en general:                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alergia de la piel o sarpullido: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e. Cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ansiedad:                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |

9. ¿Quisiera hablar con el profesional de cuidado medico que revisara este cuestionario con sus respuestas a este cuestionario?  Sí  No

**Las siguientes preguntas 10 a 15 deben ser contestadas por todo empleado que haya sido seleccionado para usar o un respirador que cubre toda la cara o un aparato respirador auto contenido (SCBA). Para empleados que hayan sido seleccionados para usar otros tipos de respiradores, responder a estas preguntas es totalmente voluntario.**

- |   |                             |                             |   |                          |                          |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 10. Ha perdido alguna vez la visión de algún ojo (temporalmente o permanentemente): | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | a. Debilidad en cualquiera de sus brazos, manos, piernas o pies:                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones visuales?                           |                             |                             | b. Dolor de espalda:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Usa lentes de contacto:  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | c. Dificultad en mover completamente sus brazos y piernas:                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Usa lentes/anteojos:   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | d. Dolor o rigidez cuando se inclina desde la cintura hacia delante o hacia atrás:              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ceguedad de colores:   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | e. Dificultad moviendo completamente su cabeza hacia arriba o hacia abajo:                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Algún otro problema de visión:   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | f. Dificultad moviendo completamente su cabeza de lado a lado:                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ha tenido alguna vez lesión a sus oídos, incluyendo ruptura de tímpano:         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | g. Dificultad en doblar sus rodillas:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones auditivas?                          |                             |                             | h. Dificultad sentándose en cuclillas:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Dificultad en escuchar:  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | i. Subiendo los peldaños de un piso o de una escalera con mas de 25 libras:                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Usa audifono:  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | j. Cualquier otro problema muscular o de los huesos que interfiera con el uso de un respirador: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Algún otro problema auditivo o de oídos:   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |   |                          |                          |
| 14. Ha tenido alguna lesión a la espalda:   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |   |                          |                          |
| 15. Tiene uno de los siguientes problemas   | Sí                          | No                          |   |                          |                          |

Firma	Fecha
-------	-------

**Parte B Cualquiera de las preguntas siguientes, y de otras preguntas no listaron, pueden ser añadidas al cuestionario a voluntad del profesional de asistencia médica que revisará el cuestionario.**

1. En su trabajo presente, son usted trabajando a grandes altitudes (más de 5.000 pies) o en un lugar que tiene las cantidades más bajo que normales de oxígeno:: SÍ  No   
 Si "sí, " le hace tiene los sentimientos del mareo, brevedad de aliento, golpeando en el pecho, o en otros síntomas cuando usted trabaja bajo estas condiciones:
2. En el trabajo o en casa, le tiene fue jamás expuesto a solventes peligrosos, sustancias químicas en el aire peligrosas (por ejemplo, los gases, los vapores, o el polvo), o le tiene viene en el contacto de piel con sustancias químicas peligrosas:    
 Si "sí, " denomina las sustancias químicas si usted los sabe:

3. Que usted trabajó jamás con cualquiera de las materias, o bajo cualquiera de las condiciones, listó abajo: SÍ  No
- |  |                             |                             |   |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Asbesto:  | SÍ <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | e. Aluminio:                                | SÍ <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| b. La sílice (por ejemplo, a pulir con chorro de arena):     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | f. El carbón (por ejemplo, minando) :       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| c. El tungsteno/cobalto (por ejemplo, moliendo o soldando) : | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | g. Hierro:                                  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| d. Berilio:  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | h. Estaño:                                  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
|  |                             |                             | i. Los ambientes polvorientos:              | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
|  |                             |                             | j. Cualquier otras exposiciones peligrosas: | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |

Si "sí, " describe estas exposiciones:

4. La lista segundos negocios de trabajos o lado que usted tiene:

5. Liste sus ocupaciones previas:

6. Liste su corriente y los pasatiempos previos:

7. ¿Ha estado usted en los servicios militares? SÍ  No  SÍ  No   
 Si "sí, " fueron usted expuso a agentes biológicos o químicos (o en instrucción o combate) :
8. ¿Ha trabajado jamás usted en un equipo de HAZMAT?
9. De otra manera que la medicina para respirar y problemas pulmonares, los problemas de corazón, la tensión, y los ataques mencionaron más temprano en este cuestionario, son usted tomando la medicina para otras razones (inclusive medicinas sin receta) :    
 Si "sí, " denomina las medicinas si usted los sabe:

10. ¿Hacele utiliza cualquiera de los artículos siguientes con su respirador (respiradores)? SÍ  No
- |   |                          |                          |               |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|
| a. HEPA Filtra:                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c. Cartuchos: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Los botes (por ejemplo, las máscaras antiguas) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |                          |                          |

11. ¿Con qué frecuencia son usted esperó utilizar el respirador (respiradores)? SÍ  No
- |                                     |                          |                          |                             |                          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Escape sólo (no rescate)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d. Menos de 2 horas por día | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. El rescate de la emergencia sólo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e. 2 a 4 horas por día      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Menos de 5 horas a la semana     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f. Más de 4 horas por día   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Hacele lleva la ropa y/o el equipo protectores cuando usted utiliza su respirador:    
 Si "sí," verifica éstos que aplican:
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mono para tirar            | <input type="checkbox"/> La bota cubre   | <input type="checkbox"/> Guantes de caucho |
| <input type="checkbox"/> El mono aislado (Carharts) | <input type="checkbox"/> Trabaje guantes | <input type="checkbox"/> Mangas de caucho  |

13. Hacerle trabajar en temperaturas más de 77 F:  Sí  No  
 14. Hacerle trabajar bajo condiciones húmedas:  Sí  No

15. Durante el período usted utiliza el respirador (respiradores) ( ) es su esfuerzo del trabajo:

- |  |                          |                          |   |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
|  | Sí                       | No                       |   |
| a. Encienda (menos de 200 kcal por hora) :<br>¿Si "sí", cuán largo por el cambio?<br><br>___ hora ___ minuto       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los ejemplos de un esfuerzo ligero del trabajo se sientan al escribir, mecanografía, el diseño, o realizando el trabajo ligero de la asamblea o parándose al operar una prensa del taladro (1-3 lbs.) o máquinas de control.  |
| b. Modere (200 a 350 kcal por hora) :<br>¿Si "sí", cuán largo por el cambio?<br><br>___ hora ___ minuto            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los ejemplos del esfuerzo moderado del trabajo se sientan al clavar o archivando; manejando un camión o el autobús en el tráfico urbano; parándose al taladrar, clavar, realizando el trabajo de la asamblea, o transferir una carga moderada (acerca de 35 lbs.) en el nivel de tronco; pisando una superficie plana acerca de 2 kph o abajo un grado de 5 grados acerca de 3 kph; o empujar una carretilla con una carga pesada (acerca de 100 lbs.) en una superficie plana. |
| c. <b>Pesado (encima de 350 kcal por hora) :</b><br>¿Si "sí", cuán largo por el cambio?<br><br>___ hora ___ minuto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los ejemplos del esfuerzo pesado del trabajo levantan una carga pesada (acerca de 50 lbs.) del piso a la cintura o el hombro; trabajando en una zona de carga; moviendo con pala; parándose mientras la albañilería o astillar los moldees; subiendo un grado de 8 grados acerca de 2 kph; subiendo escalera con una carga pesada (acerca de 50 lbs.).  |

16. Describa el trabajo usted estará haciendo mientras usted utiliza su respirador (respiradores).

17. Describa alguna condición especial o peligrosa usted quizás encuentre cuando usted utiliza su respirador (respiradores) (por ejemplo, los espacios restringidos, gases de vida-amenazando) :

18. Proporcione el siguiente, si usted lo sabe, para cada sustancia tóxica que usted será expuesto a cuando se usa un respirador (respiradores).

EL NOMBRE DE SUSTANCIA TOXICA	NIVEL MAXIMO ESTIMADO DE EXPOSICION	LA DURACION DE LA EXPOSICION (HORA; MINUTO)

19. Describa alguna responsabilidad especial usted tendrá al utilizar su respirador (respiradores) eso puede afectar la seguridad y bienestar de otros (por ejemplo, el rescate, la seguridad) :

Firmado	Fecha
---------	-------