

Este es un apéndice que no es obligatorio añadir al OAR 437-004-1040, Respiradores.

CUESTIONARIO DE EVALUACION MEDICA RESPIRATORIA (OBLIGATORIO)

A. TRABAJADOR: Su compañía o patrón debe dejarlo responder estas preguntas durante horas normales de trabajo o durante una hora y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener su confidencialidad, su patrón o supervisor no podrán revisar o mirar sus respuestas. Su empleador deberá decirle como enviar o entregar este cuestionario al profesional de la salud que lo revisará.

Parte A. Sección 1 (Obligatorio)

La siguiente información tiene que ser provisto por cada empleado que es designado a usar cualquier tipo de respirador (escribe claro por favor).

Fecha: _____

Nombre: _____

Ocupación, título o tipo de trabajo: _____

Edad: _____ Género: M F Estatura: _____ Peso: _____

Número de teléfono: (____) _____

Un número de teléfono donde el profesional de salud que revisará este cuestionario puede comunicarse con usted (incluya el código de área): _____ (____) _____

La mejor hora de comunicarse con usted ha este número de teléfono (marque uno): Mañana Tarde

¿Le explicó su patrón como comunicarse con el profesional de salud que revisará este cuestionario? (marque uno): Sí No

Marque el tipo de respirador que usará (puede marcar más de uno):

- a. N, R, o P respirador desechable (máscara con filtro, tipo sin cartucho solamente).
- b. Otra clase de respirador (por ejemplo, máscara de media cara, máscara completa, tanque de aire, sistema cen una linea y aire).

¿Ha usado usted un respirador? Sí No

Si es afirmativo, ¿Que estilo(s)?: _____

Parte A. Sección 1 (Obligatorio)

Todo empleado designado ha usar cualquier clase de respirador de be contestar las preguntas del 1 al 9 (marque sí o no).

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

2. ¿Ha padecido usted de lo siguiente?
 - a. Convulsiones Sí No
 - b. Diabetes (azúcar en la sangre) Sí No
 - c. Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración..... Sí No
 - d. Claustrofobia (temor a espacios cerrados)..... Sí No
 - e. Problemas del olfato Sí No

3. ¿Ha padecido usted de los siguientes problemas pulmonares?
 - a. Asbestosis Sí No
 - b. Asma Sí No
 - c. Bronquitis crónica..... Sí No
 - d. Enfisema Sí No
 - e. Neumonía..... Sí No
 - f. Tuberculosis Sí No
 - g. Silicosis Sí No
 - h. Neumotorax (desinfe del pulmón)..... Sí No
 - i. Cáncer del pulmón Sí No
 - j. Fracturas de las costillas Sí No
 - k. Lesiones o cirugía del pecho..... Sí No
 - l. Otros problemas del pulmón..... Sí No

4. ¿Actualmente tiene usted alguno de los siguientes síntomas pulmonares o enfermedades del pulmón?
 - a. Falta de aire..... Sí No
 - b. Falta de aire cuando camina rápido en una superficie plana una superficie levemente inclinada o camino elevado Sí No
 - c. Falta de aire cuando camina con otras personas a un ritmo normal superficie plana Sí No
 - d. El tener que parar para coger aire cuando camina a su ritmo en superficie plana Sí No
 - e. Falta de aire cuando usted se lava o se viste..... Sí No
 - f. Falta de aire lo cual interfiere con su trabajo..... Sí No
 - g. Tos, la cual produce flema espesa..... Sí No
 - h. Tos, la cual lo despierta Sí No
 - i. Tos, la cual se manifiesta cuando esta acostado Sí No
 - j. Tos con sangre durante el ultimo mes..... Sí No
 - k. Respiración jadeante..... Sí No
 - l. Respiración jadeante, la cual interfiere con su trabajo Sí No
 - m. Dolor en el pecho cuando respira profundamente Sí No
 - n. Cualquier otro síntoma o problema el cual usted cree que puede estar relacionado con problemas del pulmón..... Sí No

5. ¿Ha padecido usted de alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?
- a. Ataque al corazón Sí No
 - b. Derrame cerebral o Embolia Sí No
 - c. Angina..... Sí No
 - d. Problemas del corazón Sí No
 - e. Hinchazón de las piernas o pies (no causada por el andar)..... Sí No
 - f. Arritmias del corazón (palpitación irregular) Sí No
 - g. Presión alta de la sangre..... Sí No
 - h. Otros problemas del corazón Sí No
6. ¿Ha padecido usted de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?
- a. Dolor o presión frecuente del pecho Sí No
 - b. Dolor o presión en el pecho durante actividad física..... Sí No
 - c. Dolor o presión en el pecho lo cual interfiere con su trabajo Sí No
 - d. En los últimos dos años ha notado cambios en el ritmo de su corazón Sí No
 - e. Agrura o indigestión, no ocasionada por la comida..... Sí No
 - f. Otros síntomas los cuales usted cree están relacionados a problemas del corazón o circulación Sí No
7. ¿Actualmente toma usted medicamentos para algunos de los siguientes problemas?
- a. Problemas de la respiración o de los pulmones Sí No
 - b. Problemas del corazón Sí No
 - c. Presión..... Sí No
 - d. Convulsiones..... Sí No
8. Si usted ha usado un respirador, ¿ha tenido en alguna ocasión alguno de los siguientes problemas? (Si usted nunca ha usado un respirador por favor continúe con la pregunta #9).
- a. Irritación de los ojos..... Sí No
 - b. Irritación o alergias de la piel..... Sí No
 - c. Ansiedad Sí No
 - d. Agotamiento o debilidad..... Sí No
 - e. Algún otro problema que interfiere con el uso del respirador Sí No
9. Quiere hablar de sus respuestas con el profesional de salud que revisara su cuestionario?..... Sí No

Las preguntas del 10 al 15 tienen que ser contestadas si usted va a usar un respirador de máscara completa o tanque con aire (SCBA).

10. ¿Ha perdido la visión temporalmente o permanentemente en uno o ambos ojos?..... Sí No

11. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas de la vista?
- a. Usa lentes de contacto..... Sí No
 - b. Usa anteojos Sí No
 - c. Dificultad para distinguir los colores (acromatopsia)..... Sí No
 - d. Otros problemas con los ojos o visión? Sí No
12. ¿Ha tenido un una lesión en los oídos, incluyendo daño al tímpano? Sí No
13. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas con los oídos?
- a. Dificultad al oír Sí No
 - b. Usa prótesis en el oído Sí No
 - c. Cualquier otro problema con el sentido del oído o los oídos?..... Sí No
14. ¿Se ha lesionado la espalda?..... Sí No
15. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas músculo esquelético?
- a. Debilidad de los brazos, manos, piernas pies Sí No
 - b. Dolor de la espalda..... Sí No
 - c. Dificultad para mover completamente los brazos y piernas Sí No
 - d. Dolor o dificultad al doblar la cintura..... Sí No
 - e. Dificultad para mover la cabeza hacia arriba y abajo Sí No
 - f. Dificultad para mover la cabeza de un lado a otro..... Sí No
 - g. Dificultad para doblar las rodillas Sí No
 - h. Dificultad para ponerse de cuclillas Sí No
 - i. Subiendo gradas o una escalera cargando más de 25 libras..... Sí No
 - j. Cualquier otro problema del esqueleto o de los músculos que pueda interferir con el uso de un respirador Sí No

Parte B. El profesional de la salud que revisará este cuestionario puede añadir a su discreción las siguientes preguntas y cualquier otra pregunta no listada.

1. ¿En su presente trabajo, trabaja en alturas elevadas (amás de 5,000 pies) o en lugares con medidas de oxígeno más bajas de lo normal?..... Sí No
- ¿Si es afirmativo, tiene mareos, falta de aire, presión en el pecho, u otros síntomas cuando está trabajando bajo estas condiciones? Sí No
2. ¿En el trabajo o su casa, ha sido usted expuesto a solventes peligrosos, químicos peligrosos transportados por el aire, (gases, humos, o polvos), o ha entrado su piel en contacto con químicos peligrosos? Sí No
- Si es afirmativo, nombre del (los) químico(s):
-

3. ¿Ha trabajado usted con los siguientes materiales, o bajo alguna de las siguientes condiciones?
- a. Asbestos Sí No
 - b. Carbón (por ejemplo, trabajo en minas) Sí No
 - c. Silice (trabajo con arena o cemento)..... Sí No
 - d. Hierro Sí No
 - e. Tungsteno/cobalto (limando o soldando este material) Sí No
 - f. Estaño..... Sí No
 - g. Ambiente polvoroso..... Sí No
 - h. Berilio Sí No
 - i. Otra exposición química Sí No
 - j. Aluminio Sí No

Si es afirmativo, describa la(s) exposición(es):

4. Liste trabajos secundarios o negocios que usted realiza:

5. Liste sus ocupaciones anteriores:

6. Liste pasatiempos presentes y pasados:

7. ¿Servicio Militar?: Sí No
 Si es afirmativo, ¿estuvo expuesto a agentes biológicos o químicos (durante entrenamiento o combate)?..... Sí No

8. ¿Ha trabajado en un equipo HAZMAT(Grupo de emergencia)?..... Sí No

9. ¿Fuera de medicinas para la respiración, los pulmones, problemas del corazón, presión, y convulsiones mencionadas anteriormente en este cuestionario, está usted tomando otras medicinas por cualquier razón (incluyendo medicinas sin receta médica)? Sí No

Si es afirmativo, nombre las medicinas:

A pedido del profesional de la salud la compañía la compañía Y/O patron proporcionar la siguiente información

10. ¿Va el empleado a utilizar alguno de los siguientes artículos con su respirador?
- a. Filtros HEPA..... Sí No
 - b. Canisters (por ejemplo, máscaras para gas)..... Sí No
 - c. Cartuchos Sí No
11. ¿Con que frecuencia usará el empleado el respirador? (Marque todas las respuestas que sean necesarias.)
- a. Solamente para escape (sin rescate)..... Sí No
 - b. Menos de 2 horas por día..... Sí No
 - c. Rescate de emergencia..... Sí No
 - d. 2 a 4 horas por día..... Sí No
 - e. Menos de 5 horas por semana..... Sí No
 - f. Más de 4 horas por día..... Sí No
12. ¿Durante el período que el empleado usa el respirador, el esfuerzo de trabajo es?
- a. Liviano (menos de 200 Kcal por hora): Sí No
Si es afirmativo, promedio de horas durante turno de trabajo?
Horas _____ minutos _____
Ejemplos de trabajo liviano son: estar sentado cuando escribe, computación, haciendo planos, o de pie operando maquinaria.
 - b. Moderado (200 a 350 Kcal por hora):..... Sí No
Si es afirmativo, promedio de horas durante turno de trabajo?
Horas _____ minutos _____
Ejemplos de trabajo moderado son: estar sentado cuando martilla o archiva, manejar un bus o camión en tráfico de la ciudad, perforar, martillar o ensamblar cargas moderadas (35 libras) a nivel de la cintura mientras esta de pie; caminando en superficie plana a 2 mph (millas pr hora) o hacia abajo, a un nivel de 5 grados a 3 mph; o empujando una carretilla con carga pesada (100 libras) en superficie plana.
 - c. Pesado (más de 350 Kcal por hora): Sí No
Si es afirmativo, promedio de horas durante turno de trabajo?
Horas _____ minutos _____
Ejemplos de trabajo pesado son: levantar aproximadamente 50 libras del suelo a la altura de la cintura u hombros, remover material con una pala, empacar heno, caminar hacia arriba a 8 grados a 2 mph, subiendo gradas cargando carga pesada (50 libras).

13. ¿Va el empleado a utilizar ropa o equipo protector además del respirador?..... Sí No
Si es afirmativo describa el equipo que va a usar:

14. ¿Va el empleado a trabajar en temperaturas altas (temperaturas más de 77 F)? Sí No

15. ¿Va el empleado a trabajar en condiciones húmedas?..... Sí No

16. Describa el trabajo que el empleado hará cuando usando el respirador:

17. Describa algunas condiciones especiales o condiciones peligrosas las cuales el empleado puede enfrentar cuando usa el respirador (por ejemplo, espacios confinados, gases fulminantes):

18. Provea la siguiente información si lo sabe, por cada sustancia tóxica a que el empleado puede estar expuesto cuando use el (los) respiradores):
Primera sustancia tóxica: _____
Nivel máximo de exposición por turno de trabajo: _____
Tiempo de exposición por turno de trabajo: _____
Segunda sustancia tóxica: _____
Nivel máximo de exposición por turno de trabajo: _____
Tiempo de exposición por turno de trabajo: _____
Tercera sustancia tóxica: _____
Nivel máximo de exposición por turno de trabajo: _____
Tiempo de exposición por turno de trabajo: _____
El nombre de cualquier otra sustancia(s) tóxica(s) a la cual el empleado pueda estar expuestos mientras usa el respirador:

19. Describa otras responsabilidades especiales que los empleados tendrán durante el tiempo que estarán usando respiradores y que puedan afectar la seguridad de otras personas (por ejemplo, rescate, seguridad).
