

UC Davis Servicios de Salud Ocupacional
Evaluación Periódica de Respiradores (non-SCBA)
Cuestionario de Evaluación Médica (OSHA por mandato de Cuestionario de Evaluación)

Su Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Employee ID: _____ El día de hoy: _____

Address: _____ Número de Teléfono: _____

Al empleado - Puede usted leer (circunde por favor): **Sí** **No**

El cuestionario de la evaluación médico será administrado de una manera que se asegure que el empleado entienda el documento y su contenido. La persona que administra el cuestionario ofrecerá leer o explicar cualquier parte del cuestionario al empleado en una lengua y una manera que el empleado entiende. Después de dar al empleado el cuestionario, la persona que administra el cuestionario hará la cuestión siguiente del empleado: "Puede usted leer y llenar este cuestionario?" Si la respuesta es que si, se permitirá al empleado llenar el cuestionario confidencialmente. Si la respuesta es que no, el empleador debe proporcionar a una copia del cuestionario en una lengua entendida por el empleado o a un lector confidencial, en la lengua principalmente entendida por el empleado.

Su empleador debe permitir que usted llene este cuestionario durante horas de funcionamiento normales, o a la vez y en un lugar conveniente. Para mantener la confidencia; ninguno, su empleador ni el supervisor deben mirar o repasar sus respuestas, y su empleador debe decirle cómo entregar o enviar este cuestionario al profesional del cuidado médico que lo repasará. **No dar el cuestionario completado a su supervisor.**

Sección 1

(obligatorio, ningún desacuerdo se permite en esta presentación) cada empleado que se ha seleccionado utilizar cualquier tipo de respirador debe proporcionar la información siguiente (por favor imprente):

1. Sexo (circule uno): Hombre / Mujer 2. Su altura: _____ pies _____ pulgadas. 3. Su peso: _____ libras.

4. Su título del trabajo: _____ Dept: UC- ANR

5. Numero de telefono que el profesional de la salud puede llamarle (incluir código de área) _____

6. ¿Que es el mejor tiempo de llamar es por la mañana/ tarde /noche/ por la noche? _____

7. ¿Le ha dicho su empleador cómo puede comunicarse con el profesional del cuidado médico que repasará este cuestionario? Sí No

8. Compruebe el tipo de respirador que usted utilizará (usted puede comprobar más de un tipo): :

a. N, R, o P respirador del desgaste (filtro-mascara, tipo del no-cartucho solamente).	Sí	No
b. Respirador de la Mascara (partículas o filtración del vapor o ambas)	Sí	No
c. Respirador accionado de la purificación del aire (PAPR)	Sí	No
d. Aparato respiratorio autónomo (SCBA)	Sí	No

9. ¿Ha usado usted un respirador (circunde por favor)? Sí No
Si "sí," qué tipo(s):

a. N, R, o P respirador del desgaste (filtro-mascara, tipo del no-cartucho solamente).	Sí	No
b. Respirador de la Mascara (partículas o filtración del vapor o ambas)	Sí	No
c. Respirador accionado de la purificación del aire (PAPR)	Sí	No
d. Aparato respiratorio autónomo (SCBA)	Sí	No

Sección 2

1. ¿Fuma actualmente o ha fumado entre el mes pasado?: Sí No

2. ¿Ha tenido usted cualesquiera de las condiciones siguientes?

a. Ataques epilépticos (convulsiones):	Sí	No
b. Diabetes (enfermedad del azúcar):	Sí	No
c. Reacciones alérgicas de las que interfieren con su respiración:	Sí	No
d. Claustrofobia (miedo de lugares cerrados):	Sí	No
e. Dificultad de oler olores:	Sí	No

3. ¿Usted ha tenido siempre cualesquiera de los problemas pulmonares o del pulmón siguiente?
- | | | |
|---|----|----|
| 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 colapsado): | Sí | No |
| i. Cáncer de pulmón: | Sí | No |
| j. Costillas rotas: | Sí | No |
| k. Cualquieres lesiones o cirugías del pecho: | Sí | No |
| l. Cualquier otro problema del pulmón que le han dicho: | Sí | No |
4. ¿Tiene usted actualmente cualesquiera de los síntomas siguientes de la enfermedad pulmonar o del pulmón?
- | | | |
|--|----|----|
| a. Respiración corta: | Sí | No |
| b. Respiración corta al caminar rápidamente en la tierra llana o caminando encima de una colina o de una pendiente leve: | Sí | No |
| c. Respiración corta al caminar con la gente en un paso ordinario en la tierra llana: | Sí | No |
| d. Tiene que parar para la respira al caminar en su propio paso en la tierra llana: | Sí | No |
| e. Respiración corta al lavarse o vistiéndose: | Sí | No |
| f. Respiración corta que interfiere con su trabajo: | Sí | No |
| g. Tos que produce la flema (flema espesa): | Sí | No |
| h. Tos que le despierta temprano por la mañana: | Sí | No |
| i. Tos que ocurre principalmente cuando usted está acostado: | Sí | No |
| j. Ha tosido sangre en el mes pasado: | Sí | No |
| k. Ha tenido silbidos en pecho al respirar: | Sí | No |
| l. Ha tenido silbidos en pecho al respirar que interfieren con su trabajo: | Sí | No |
| m. Dolor de pecho cuando usted respira profundamente: | Sí | No |
| n. Cualquier otro síntoma que usted piense que se puede relacionar con los problemas del pulmón: | Sí | No |
5. ¿Ha tenido usted cualesquiera de los problemas cardiovasculares o del corazón siguiente?
- | | | |
|--|----|----|
| a. Ataque del corazón: | Sí | No |
| b. Ataque cerebral: | Sí | No |
| c. Angina (dolor en el pecho): | Sí | No |
| d. Fallo cardíac: | Sí | No |
| e. El hincharse en sus piernas o pies (no causados caminando): | Sí | No |
| f. Latido irregular del corazón (una arritmia): | Sí | No |
| g. Tensión arterial alta: | Sí | No |
| h. Cualesquier otro problema del corazón que le han dicho: | Sí | No |
6. ¿Usted ha tenido siempre cualesquiera de los síntomas cardiovasculares o del corazón siguiente?
- | | | |
|---|----|----|
| a. Dolor o tensión frecuente en su pecho: | Sí | No |
| b. Dolor o tensión en su pecho durante actividad física: | Sí | No |
| c. Tensión en su pecho que interfiere con su trabajo: | Sí | No |
| d. En los últimos dos años, ha notado que su corazón salta o falla un latido: | Sí | No |
| e. Acidez (estomacal) o indigestión que no se relacionan con comer: | Sí | No |
| f. Cualesquier otro síntoma que usted piense se puede relacionar con los problemas del corazón o de la circulación: | Sí | No |
7. ¿Toma usted actualmente medicamentos para cualesquiera de los problemas siguientes?
- | | | |
|--|----|----|
| a. Problemas de la respiración o del pulmón: | Sí | No |
| b. Apuro del corazón: | Sí | No |
| c. Presión arterial: | Sí | No |
| d. Ataques epilépticos (convulsiones): | Sí | No |
8. ¿Si usted ha utilizado un respirador, ha tenido usted cualesquiera de los problemas siguientes? (Si usted nunca ha utilizado un respirador, comprueba el espacio siguiente y siga a la pregunta 9:)
- | | | |
|----------------------------|----|----|
| a. Irritación de los ojos: | Sí | No |
| b. Alergias o sarpullido: | Sí | No |

