OPINIÓN MÉDICA ESCRITA PARA EL EMPLEADOR

EMPLEADOR: _____

NOMBRE DE EMPLEADO: _____ **FECHA DE EXAMINACIÓN:** _____

TIPO DE EXAMINACIÓN:
[ ] Examincion inicial [ ] Examinación periodica [ ] Examinación especialista
[ ] Otro tipo de examinacion: _____

USO DEL RESPIRADOR:
[ ] No hay limitaciones en el uso del respirador
[ ] Se recomiendan limitaciones en el uso del respirador _____

Si es aplicable, fechas recomendadas para las limitaciones: de_____ a _____
MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

El empleado ha proporcionado autorización por escrito para la divulgación de lo siguiente al empleador (si corresponde)
[ ] Este empleado debe ser examinado por un especialista certificado en la Junta Americana en Enfermedades Pulmonares o Medicina Ocupacional
[ ] Limitaciones recomendadas para la exposición a sílice cristalina respirable: _____

Fechas para las limitaciones de exposición señaladas anteriormente: de_____ a _____
MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

SIGUIENTE EVALUACIÓN PERIÓDICA [ ] 3 años [ ] Otros _____
MM/DD/YYYY

Proveedor de examen: _____ Fecha: _____
(firma)

Nombre del Proveedor: _____ Especialidad del Proveedor: _____

Direccion del proveedor: _____ Telefono de oficina: _____

[ ] Certifico que los resultados han sido explicados al empleado.

Se requiere lo siguiente para que lo revise el médico u otro profesional de la salud autorizado:
[ ] Certifico que este examen médico ha cumplido con los requisitos de la sección de vigilancia médica del estándar de sílice cristalina respirable de OSHA (1910.1053 (h) o 1926.1153 (h)).