Apéndice C a §1910.134: Cuestionario de evaluación médica del respirador de OSHA (Obligatorio)

Para el empleador:
Las respuestas a las preguntas de la Sección 1 y a la pregunta 9 de la Sección 2 de la Parte A no requieren un examen médico

Al empleado:
Puedes leer: ☐Sí ☐No

Su empleador debe permitirle contestar este cuestionario durante las horas normales de trabajo, o en el momento y lugar que le convenga. Para mantener su confidencialidad, su empleador o supervisor no debe mirar o revisar sus respuestas, y su empleador debe decirle cómo entregar o enviar este cuestionario al profesional de la salud que lo revisará.

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

1. Fecha día de hoy: _____ / _____ / _____
2. Su nombre:_____
3. Su Edad:_____ 4. Sexo: D M D F 5. Su altura: ___pies. ___pulgadas. 6. Su Peso:_____lbs.
7. Su puesto de trabajo:_____
8. Un número de teléfono donde puede ser contactado por el profesional de la salud que revisa este cuestionario.
   Incluir el código de área: (_____)_____ - _____ Ext. _____
9. El mejor momento para llamarle a este número:
   ☐ Antes de ☐ Después ☐ Entre: _____:_____ ☐ a.m. ☐ p.m. - _____:_____ ☐ a.m. ☐ p.m.
10. ¿Le ha dicho su empleador cómo comunicarse con el profesional de la salud que revisará este cuestionario? ☐ Sí ☐ No
11. Compruebe el tipo de respirador que utilizará (puede comprobar más de una categoría):
    a. ☐ N ☐ R ☐ P Respirador desechable (mascarilla de filtro, tipo sin cartucho solamente)
    b. ☐ Otro tipo (por ejemplo, aparatos de respiración autónomos, de aire o de tipo de pieza facial completa, con purificador de aire motorizado)
12. ¿Ha usado un respirador? ☐Yes ☐No En caso afirmativo qué tipo(s):_____
    _____

© Mancomm, Inc.

Apéndice C a §1910.134: Cuestionario de evaluación médica del respirador de OSHA (Obligatorio)

Parte A. Sección 2. (Obligatorio)

Las preguntas 1 a 9 deben ser respondidas por todos los empleados que han sido seleccionados para usar cualquier tipo de respirador. (Por favor marque "sí" o "no")

1. **¿Usted actualmente fuma tabaco o ha fumado tabaco En el último mes:** ☐ Sí ☐ No
2. **¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones?**
   - a. Convulsiones (ataques): ☐ Sí ☐ No
   - b. Diabetes (enfermedad del azúcar): ☐ Sí ☐ No
   - c. Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración: ☐ Sí ☐ No
   - d. Claustrofobia (miedo a lugares cerrados): ☐ Sí ☐ No
   - e. Olores de mal olor: ☐ Sí ☐ No
3. **¿Alguna vez ha tenido alguno 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. Neumotórax (pulmón colapsado): ☐ Sí ☐ No
   - i. Cáncer de pulmón: ☐ Sí ☐ No
   - j. Costillas rotas: ☐ Sí ☐ No
   - k. Cualquier lesión en el pecho o cirugías: ☐ Sí ☐ No
   - l. Cualquier otro problema de pulmón que le hayan contado: ☐ Sí ☐ No
4. **¿Tiene alguno de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar?**
   - a. Falta de aliento: ☐ Sí ☐ No
   - b. Dificultad para respirar al caminar rápido en terreno llano o subiendo una ligera pendiente o pendiente: ☐ Sí ☐ No
   - c. Falta de aliento al caminar con otras personas a un ritmo normal en terreno llano: ☐ Sí ☐ No
   - d. Tiene que parar para respirar cuando camina a su propio ritmo en terreno llano: ☐ Sí ☐ No
   - e. Falta de aliento al lavarse o vestirse: ☐ Sí ☐ No
   - f. Falta de aliento que interfiere con su trabajo: ☐ Sí ☐ No
   - g. Tos que produce flema (esputo espeso): ☐ Sí ☐ No
   - h. Tos que te despierta temprano en la mañana: ☐ Sí ☐ No
   - i. Tos que ocurre principalmente cuando usted está acostado: ☐ Sí ☐ No
   - j. Tos con sangre en el último mes: ☐ Sí ☐ No
   - k. Sibilancias: ☐ Sí ☐ No
   - l. Sibilancias que interfieren con su trabajo: ☐ Sí ☐ No
   - m. Dolor en el pecho al respirar profundamente: ☐ Sí ☐ No
   - n. Cualquier otro síntoma que usted crea puede estar relacionado con problemas pulmonares: ☐ Sí ☐ No
5. **¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o cardíacos?**
   - a. Ataque al corazón: ☐ Sí ☐ No
   - b. Carrera: ☐ Sí ☐ No
   - c. Angina: ☐ Sí ☐ No
   - d. Insuficiencia cardiaca: ☐ Sí ☐ No
   - e. Hinchazón en las piernas o los pies (no causado por caminar): ☐ Sí ☐ No
   - f. Arritmia cardíaca (el corazón late irregularmente): ☐ Sí ☐ No
   - g. Alta presion sanguinea: ☐ Sí ☐ No
   - h. Cualquier otro problema del corazón que le hayan dicho sobre: ☐ Sí ☐ No
6. **¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas cardiovasculares o cardíacos?**
   - a. Dolor frecuente o opresión en el pecho: ☐ Sí ☐ No
   - b. Dolor o opresión en el pecho durante la actividad física: ☐ Sí ☐ No
   - c. Dolor o opresión en el pecho que interfiere con su trabajo: ☐ Sí ☐ No
   - d. En los últimos dos años, ¿has notado tu corazón saltando o perdiendo un latido: ☐ Sí ☐ No
   - e. Acidez estomacal o indigestión que no está relacionada con la alimentación: ☐ Sí ☐ No
   - f. Cualquier otro síntoma que usted piensa puede estar relacionado con problemas de corazón o circulación: ☐ Sí ☐ No
7. **¿Actualmente toma medicamentos para alguno de los siguientes problemas?**
   - a. Problemas respiratorios o pulmonares: ☐ Sí ☐ No
   - b. Problemas del corazón: ☐ Sí ☐ No
   - c. Presión sanguínea: ☐ Sí ☐ No
   - d. Convulsiones (ataques): ☐ Sí ☐ No
8. **Si ha usado un respirador, ¿ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas?** (Si nunca ha usado un respirador, compruebe el siguiente espacio y vaya a la pregunta 9 :) ☐ Nunca Usado
   - a. Irritación de ojo: ☐ Sí ☐ No
   - b. Alergias o erupciones en la piel: ☐ Sí ☐ No
   - c. Ansiedad: ☐ Sí ☐ No
   - d. Debilidad o fatiga general: ☐ Sí ☐ No
   - e. Cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador: ☐ Sí ☐ No
9. **¿Le gustaría hablar con el profesional de la salud que revisará este cuestionario sobre sus respuestas a este cuestionario?** ☐ Sí ☐ No

Las preguntas 10 a 15 siguientes deben ser respondidas por todos los empleados que han sido seleccionados para usar un respirador de máscara completa o un aparato respiratorio autónomo (SCBA). Para los empleados que han sido seleccionados para usar otros tipos de respiradores, responder a estas preguntas es voluntario.

10. **¿Alguna vez ha perdido la visión en cualquiera de los ojos (temporalmente o permanentemente):** ☐ Sí ☐ No
11. **¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas de visión?**
    - a. Usar lentes de contacto: ☐ Sí ☐ No
    - b. Usar gafas: ☐ Sí ☐ No
    - c. Ciego de color: ☐ Sí ☐ No
    - d. Cualquier otro problema de ojo o visión: ☐ Sí ☐ No
12. **¿Alguna vez ha tenido una lesión en los oídos, incluyendo un tímpano roto:** ☐ Sí ☐ No
13. **¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas auditivos?**
    - a. Dificultad para escuchar: ☐ Sí ☐ No
    - b. Use un audífono: ☐ Sí ☐ No
    - c. Cualquier otro problema de audición o oído: ☐ Sí ☐ No
14. **¿Alguna vez ha tenido una lesión en la espalda:** ☐ Sí ☐ No
15. **¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas musculoesqueléticos?**
    - a. Debilidad en cualquiera de sus brazos, manos, piernas o pies: ☐ Sí ☐ No
    - b. Dolor de espalda: ☐ Sí ☐ No
    - c. Dificultad para mover completamente los brazos y las piernas: ☐ Sí ☐ No
    - d. Dolor o rigidez cuando se inclina hacia adelante o hacia atrás en la cintura: ☐ Sí ☐ No
    - e. Dificultad para mover la cabeza hacia arriba o hacia abajo: ☐ Sí ☐ No
    - f. Dificultad para mover completamente la cabeza de un lado a otro: ☐ Sí ☐ No
    - g. Dificultad para doblarse de rodillas: ☐ Sí ☐ No
    - h. Dificultad para ponerse en cuclillas al suelo: ☐ Sí ☐ No
    - i. Escalando un tramo de escaleras o una escalera con más de 25 libras: ☐ Sí ☐ No
    - j. Cualquier otro problema muscular o esquelético que interfiera con el uso de un respirador: ☐ Sí ☐ No

© Mancomm, Inc.

Apéndice C al § 1910.134: Cuestionario de Evaluación Médica del Respirador de la OSHA (Obligatorio)

Parte B.

Cualquiera de las siguientes preguntas y otras preguntas que no figuren en la lista pueden agregarse al cuestionario a discreción del profesional de la salud que revisará el cuestionario.

1. **En su trabajo actual, usted está trabajando a grandes altitudes (más de 5.000 pies) o en un lugar que tiene cantidades inferiores a la normal de oxígeno:** ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es "Sí", ¿tiene sensación de mareos, falta de aliento, palpitaciones en el pecho u otros síntomas cuando está trabajando bajo estas condiciones: ☐ Sí ☐ No
2. **En el trabajo o en casa, ¿ha estado alguna vez expuesto a disolventes peligrosos, productos químicos peligrosos en el aire (por ejemplo, gases, humos o polvo), O ha entrado en contacto con la piel con productos químicos peligrosos:** ☐ Sí ☐ No
   Si es "Sí", nombrar los productos químicos si los conoce: _____
3. **¿Alguna vez ha trabajado con cualquiera de los materiales, o bajo cualquiera de las condiciones, que se enumeran a continuación:**
   a. Amianto: ☐ Sí ☐ No
   b. Sílice (por ejemplo, en chorro de arena): ☐ Sí ☐ No
   c. Tungsteno / cobalto (por ejemplo, rectificado o soldadura de este material): ☐ Sí ☐ No
   d. Berilio: ☐ Sí ☐ No
   e. Aluminio: ☐ Sí ☐ No
   f. Carbón (por ejemplo, minería): ☐ Sí ☐ No
   g. Hierro: ☐ Sí ☐ No
   h. Estaño: ☐ Sí ☐ No
   i. Entornos polvorientos: ☐ Sí ☐ No
   j. Cualquier otra exposición peligrosa: ☐ Sí ☐ No
   En caso afirmativo, describa estas exposiciones: _____
4. **Enumere cualquier segundo trabajo o negocios secundarios que tenga:** _____
5. **Enumere sus ocupaciones anteriores:** _____
6. **Enumere sus pasatiempos actuales y anteriores:** _____
7. **¿Has estado en los servicios militares?:** ☐ Sí ☐ No
   En caso afirmativo, estuvo expuesto a agentes biológicos o químicos (ya sea en entrenamiento o en combate): ☐ Sí ☐ No
8. **¿Has trabajado alguna vez en un equipo de HAZMAT ?:** ☐ Sí ☐ No
9. **Aparte de los medicamentos para la respiración y problemas pulmonares, problemas cardíacos, presión arterial y convulsiones mencionados anteriormente en este cuestionario, está tomando otros medicamentos por cualquier razón (incluyendo medicamentos sin receta médica):** ☐ Sí ☐ No
   En caso afirmativo, nombra los medicamentos, si los conoces: _____
10. **¿Va a usar alguno de los siguientes artículos con su(s) respirador(es) ?**
    a. Filtros HEPA: ☐ Sí ☐ No
    b. Cajas (por ejemplo, máscaras de gas): ☐ Sí ☐ No
    c. Cartuchos: ☐ Sí ☐ No
11. **¿Con qué frecuencia se espera que use el respirador (marque "sí" o "no" para todas las respuestas que se aplican a usted) ?:**
    a. Escape solamente (sin rescate): ☐ Sí ☐ No
    b. Rescate de emergencia solamente: ☐ Sí ☐ No
    c. Menos de 5 horas por semana: ☐ Sí ☐ No
    d. Menos de 2 horas por día: ☐ Sí ☐ No
    e. 2 a 4 horas por día: ☐ Sí ☐ No
    f. Más de 4 horas por día: ☐ Sí ☐ No
12. **Durante el período en que está usando el (los) respirador(es), es su esfuerzo de trabajo:**
    a. Luz (menos de 200 kcal por hora): ☐ Sí ☐ No
    Si "Sí", ¿cuánto dura este período durante el turno promedio: ___ horas. ___ min.
    Ejemplos de un esfuerzo ligero de trabajo están sentados mientras escriben, escriben, redactan o realizan trabajo de montaje ligero; O de pie durante el funcionamiento de una prensa de perforación (1-3 libras) o máquinas de control.
    b. Moderado (200 a 350 kcal por hora): ☐ Sí ☐ No
    Si "Sí", ¿cuánto dura este período durante el turno promedio: ___ horas. ___ min.
    Ejemplos de esfuerzo de trabajo moderado están sentados mientras clavan o archivan; Conducir un camión o autobús en el tráfico urbano; De pie durante la perforación, Clavar, realizar trabajos de montaje o transferir una carga moderada (alrededor de 35 libras) al nivel del tronco; Caminar sobre una superficie plana 2 mph o abajo un grado de 5 grados aproximadamente 3 mph; O empujar una carretilla con una carga pesada (alrededor de 100 libras) en una superficie plana.
    c. Pesado (por encima de 350 kcal por hora): ☐ Sí ☐ No
    Si "Sí", ¿cuánto dura este período durante el turno promedio: ___ horas. ___ min.
    Ejemplos de trabajo pesado están levantando una carga pesada (alrededor de 50 libras) desde el piso hasta la cintura o el hombro; Trabajando en un muelle de carga; Palear Estar de pie mientras que el albañilería o chipping castings; Caminando un grado de 8 grados alrededor de 2 mph; Subir escaleras con una carga pesada (alrededor de 50 libras).
13. **¿Va a usar ropa protectora y / o equipo (aparte del respirador) cuando use su respirador ?:** ☐ Sí ☐ No
    Si es "Sí", describa esta ropa y / o equipo de protección: _____
14. **¿Trabajará bajo condiciones calientes (temperatura superior a 77 ° F) ?:** ☐ Sí ☐ No
15. **¿Trabajará bajo condiciones húmedas ?:** ☐ Sí ☐ No
16. **Describa el trabajo que va a hacer mientras usa su(s) respirador(es):** _____
17. **Describa cualquier condición especial o peligrosa que pueda encontrar cuando esté usando su respirador (por ejemplo, espacios confinados, gases potencialmente mortales):** _____
18. **Proporcione la siguiente información, si la conoce, para cada sustancia tóxica a la que estará expuesto cuando esté usando su(s) resplotador(es):**

    Estimación del nivel máximo de exposición por turno: _____
    Duración de la exposición por turno: _____ Nombre de la tercera sustancia tóxica: _____

    Estimación del nivel máximo de exposición por turno: _____
    Duración de la exposición por turno: _____ Nombre de la tercera sustancia tóxica: _____

    Estimación del nivel máximo de exposición por turno: _____
    Duración de la exposición por turno: _____ Nombre de la tercera sustancia tóxica: _____
19. **Describa cualquier responsabilidad especial que tenga mientras usa sus respiradores que pueden afectar la seguridad y el bienestar de otros (Por ejemplo, rescate, seguridad):** _____

© Mancomm, Inc.