

**Apéndice D a §1910.1001**  
**Cuestionarios Médicos - Obligatorio**

**Parte 2**

**CUESTIONARIO MEDICO PERIÓDICO**

1. NOMBRE: \_\_\_\_\_
2. NUMERO DE RELOJ: \_\_\_\_\_
3. OCUPACIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_
4. PLANTA: \_\_\_\_\_
5. DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_
6. CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_
7. NÚMERO DE TELÉFONO: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
8. ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_
9. FECHA: \_\_\_\_\_
10. ¿Cuál es su estado civil?    1.  Soltero                    2.  Casado                    3.  Viudo                    4.  Separado/Divorciado

**11. HISTORIA OCUPACIONAL**

- 11A. ¿En el último año, trabajaste a tiempo completo (30 horas por semana o más) durante 6 meses o más?                    1.  Si                    2.  No  
SI CONTESTO "SI" A LA 11A:
- 11B. ¿En el último año trabajó en un trabajo polvoriento?                    1.  Si                    2.  No                    3.  No Aplica
- 11C. Fue la exposición al polvo:                    1.  Leve                    2.  Moderada                    3.  Severa
- 11D. En el último año, ¿estuvo expuesto a gases o gases químicos en su trabajo?                    1.  Si                    2.  No
- 11E. Fue la exposición:                    1.  Leve                    2.  Moderada                    3.  Severa
- 11F. En el último año, cual fue su:  
Trabajo/Ocupacion \_\_\_\_\_  
Posicion/Título de Trabajo \_\_\_\_\_

**12. HISTORIA MÉDICA RECIENTE**

- 12A. Se considera usted mismo, ¿estar bien de salud?                    1.  Si                    2.  No  
Si "No", por que razón: \_\_\_\_\_
- 12B. En el último año ha desarrollado:
- |                           |                             |                             |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Epilepsia?               | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Fiebre reumática?        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Enfermedad del riñon?    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Enfermedad de la vejiga? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Diabetes?                | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ictericia?               | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Cancer?                  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

**13. RESFRIADOS Y ENFERMEDADES DEL PECHO**

- 13A. Si se resfría, ¿suele ir a su pecho?                    1.  Si                    2.  No                    3.  No Me Resfrio  
(por lo general significa más de 1/2 del tiempo)
- 14A. Durante el año pasado, ha tenido cualquier enfermedad del pecho que lo haya mantenido fuera del trabajo, en casa, o en la cama?                    1.  Si                    2.  No                    3.  No Aplica  
SI CONTESTO "SI" A LA 14A:
- 14B. ¿Produciste flema con alguna de estas enfermedades del pecho?                    1.  Si                    2.  No                    3.  No Aplica
- 14C. En el último año, cuántos enfermedades con (aumento) de la flema tuviste lo que duró una semana o más?                    \_\_\_\_\_ Numero de enfermedades                     No tales enfermedades
- Comentarios adicionales a las respuestas "Si" \_\_\_\_\_

**15. SISTEMA RESPIRATORIO**

- |                            |                             |                             |       |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Asma                       | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Bronquitis                 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Fiebre de Heno             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Otras alergias             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Neumonía                   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Tuberculosis               | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Cirugía de pecho           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Otros problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Enfermedad del corazón     | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
- Tiene:
- |   |                             |                             |       |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Resfriados frecuentes   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Tos crónica   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Dificultad para respirar al caminar o subir un tramo de escaleras | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
- Usted:
- |               |                             |                             |   |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| Resuella      | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____                                     |
| Tos con flema | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____                                     |
| Fuma cigarros | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ Paquetes por día _____ Cuantos años |

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_