Apéndice D a §1910.1001
Cuestionarios Médicos - Obligatorio

Este apéndice obligatorio contiene los cuestionarios médicos que deben administrarse a todos los empleados que están expuestos al asbesto por encima del límite de exposición permisible, y que, por lo tanto, se incluirán en el programa de vigilancia médica de su empleador. La Parte 1 de este apéndice contiene el Cuestionario Médico Inicial, que debe obtenerse para todas las nuevas contrataciones que estarán cubiertas por los requisitos de vigilancia médica. La Parte 2 incluye el Cuestionario Médico Periódico abreviado, que debe administrarse a todos los empleados que reciben exámenes médicos periódicos de acuerdo con las disposiciones de vigilancia médica de la norma en esta sección.

Parte 1

CUESTIONARIO MEDICO INICIAL

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. Fecha de Nacimiento ___ ___ Mes ___ ___ Dia ___ ___ ___ ___ Año
11. Lugar de Nacimiento _____
12. Sexo 1. ☐ Masculino 2. ☐ Femenino
13. ¿Cuál es su estado civil? 1. ☐ Soltero 2. ☐ Casado 3. ☐ Viudo 4. ☐ Separado/Divorciado
14. Raza (Marque todas las que aplican) 1. ☐ Blanco 2. ☐ Negro or Afro Americano 3. ☐ Asiático 4. ☐ Hispano o Latino 5. ☐ Indio Americano o Nativeo de Alaska 6. ☐ Nativo Hawaiiano u Otro Isleño Pacífico
15. ¿Cuál es el grado más alto completado en la escuela? _____
    (Por ejemplo 12 años es la finalización de la escuela secundaria.)

HISTORIA OCUPACIONAL

16A. ¿Alguna vez ha trabajado a tiempo completo (30 horas por semana o más) durante 6 meses o más? 1. ☐ SI 2. ☐ No

SI CONTESTO "SI" A LA 16A:

B. ¿Alguna vez has trabajado durante un año o más en un trabajo polvoriento? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

Especificar Trabajo/Industria _____ Total de Años Trabajados _____

Fue la exposición al polvo: 1. Templada 2. Moderada 3. Severa

C. ¿Alguna vez ha estado expuesto a gases o gases químicos en su trabajo? 1. ☐ Si 2. ☐ No

Especificar Trabajo/Industria _____ Total de Años Trabajados _____

Fue la exposición: 1. Templada 2. Moderata 3. Severa

D. ¿Cuál ha sido su profesión o trabajo habitual, en el que ha trabajado más tiempo?
1. Ocupación laboral _____
2. Número de años empleados en esta ocupación. _____
3. Posición/título del trabajo _____
4. Negocio, sector o industria. _____

(Registre en línea los años en los que ha trabajado en cualquiera de estas industrias, por ejemplo, 1960-1969)

Alguna vez has trabajado:

E. ¿En una mina?	☐ SI	☐ NO
F. ¿En una cantera?	☐ SI	☐ NO
G. ¿En una fundición?	☐ SI	☐ NO
H. ¿En una fabrica de cerámica?	☐ SI	☐ NO
I. ¿En un molino de algodón, lino o cáñamo?	☐ SI	☐ NO
J. ¿Con abesto?	☐ SI	☐ NO

17. **HISTORIA MÉDICA ANTERIOR**

A. ¿Se considera usted en buen estado de salud?	☐ SI	☐ NO
Si "NO" declare la razón _____		
B. ¿Tiene algún defecto de visión?	☐ SI	☐ NO
Si "SI" declare la naturaleza del defecto _____		
C. ¿Tiene algún defecto de auditivo?	☐ SI	☐ NO
Si "SI" declare la naturaleza del defecto _____		
D. Está sufriendo o ha sufrido alguna vez de:		
a. ¿Epilepsia (o ataques, convulsiones, convulsiones)?	☐ SI	☐ NO
b. ¿Fiebre reumática?	☐ SI	☐ NO
c. ¿Enfermedad del riñon?	☐ SI	☐ NO
d. ¿Enfermedad de la vejiga?	☐ SI	☐ NO
e. ¿Diabetes?	☐ SI	☐ NO
f. ¿Ictericia?	☐ SI	☐ NO

18. **RESFRIADOS Y ENFERMEDADES DEL PECHO**

18A. Si se resfría, ¿ suele ir a su pecho? (Por lo general significa más de la mitad del tiempo) 1. ☐ SI 2. ☐ No 3. ☐ No me resfrío

© Mancomm, Inc.

Apéndice D a §1910.1001
Cuestionarios Médicos - Obligatorio (continuado)

19A. En los últimos 3 años, ¿ha tenido alguna enfermedad del pecho que lo haya mantenido fuera del trabajo, dentro de su casa o en cama? 1. ☐ Si 2. ☐ No

SI CONTESTO "SI" A LA 19A:

B. ¿Producio flema al tener alguna de estas enfermedades del pecho? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

C. En los últimos 3 años, ¿cuántas enfermedades de este tipo con (mayor) flema tuvo usted que duró una semana o más? Número de enfermedades _____

Ninguna de esas enfermedades _____

20. ¿Tuvo algún problema pulmonar antes de los 16 años? 1. ☐ Si 2. ☐ No

21. ¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes?

1A. Attacks of bronchitis? 1. ☐ Si 2. ☐ No

SI CONTESTO "SI" A LA 1A:

B. ¿Fue confirmado por un médico? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

C.¿A qué edad fue su primer ataque? Edad en años _____ No Aplica _____

2A. ¿Neumonía (incluye bronconeumonía)? 1. ☐ Si 2. ☐ No

SI CONTESTO "SI" A LA 2A:

B. ¿Fue confirmado por un médico? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

C. ¿A qué edad ocurrio por primera vez? Edad en años _____ No Aplica _____

3A. ¿Fiebre de heno? 1. ☐ Si 2. ☐ No

SI CONTESTO "SI" A LA 3A:

B. ¿Fue confirmado por un médico? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

C. ¿A qué edad ocurrio por primera vez? Edad en años _____ No Aplica _____

22A. ¿Alguna vez ha tenido bronquitis crónica? 1. ☐ Si 2. ☐ No

SI CONTESTO "SI" A LA 22A:

B. ¿Aun lo tiene? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

C. ¿Fue confirmado por un médico? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

D. ¿A qué edad ocurrio por primera vez? Edad en años _____ No Aplica _____

23A. ¿Alguna vez ha tenido enfisema? 1. ☐ Si 2. ☐ No

SI CONTESTO "SI" A LA 23A:

B. ¿Aun lo tiene? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

C. ¿Fue confirmado por un médico? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

D. ¿A qué edad ocurrio por primera vez? Edad en años _____ No Aplica _____

24A. ¿Alguna vez has tenido asmna? 1. ☐ Si 2. ☐ No

SI CONTESTO "SI" A LA 24A:

B. ¿Aun lo tiene? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

C. ¿Fue confirmado por un médico? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

D. ¿A qué edad ocurrio por primera vez? Edad en años _____ No Aplica _____

E. Si ya no lo tiene, ¿a qué edad se detuvo? Edad que se detuvo _____ No Aplica _____

25. Alguna vez ha tenido:

A. ¿Alguna otra enfermedad del pecho? 1. ☐ Si 2. ☐ No

En se caso, por favor especifique _____

B. ¿Alguna operación de pecho? 1. ☐ Si 2. ☐ No

En se caso, por favor especifique _____

C. ¿Alguna lesión en el pecho? 1. ☐ Si 2. ☐ No

En se caso, por favor especifique _____

26A. ¿Alguna vez un doctor te dijo que tuviste problemas cardíacos? 1. ☐ Si 2. ☐ No

SI CONTESTO "SI" A LA 26A:

B. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para problemas del corazón en los últimos 10 años? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

27A. ¿Alguna vez un doctor le dijo que tenía presión arterial alta? 1. ☐ Si 2. ☐ No

SI CONTESTO "SI" A LA 27A:

B. ¿Ha recibido algún tratamiento para la presión arterial alta (hipertensión) en los últimos 10 años? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

28. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una radiografía de tórax? (Año) ____

29. ¿Dónde fue la última vez que le hicieron una radiografía de tórax (si se sabe)? _____

¿Cuál fue el resultado? _____

HISTORIA FAMILIAR

30. Alguna vez uno de sus padres naturales le dijo a un médico que tenía una afección pulmonar crónica como:

	PADRE			MADRE		
	1. SI	2. No	3. No se	1. Si	2. No	3. No se
A. ¿Bronquitis crónica?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B. ¿Enfisema?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.¿ Asma?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D. ¿Cáncer de pulmón?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E. ¿Otras condiciones del pecho?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
F. ¿Está vivo actualmente el padre?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G. ¿Por favor especifique?	_____ Edad si vive			_____ Edad si vive		
	_____ Edad al morir			_____ Edad al morir		
	_____ No se			_____ No se		

H. Por favor, especifique la causa de la muerte? _____

© Mancomm, Inc.

Apéndice D a §1910.1001
Cuestionarios Médicos - Obligatorio (continuado)

Tos

31A. ¿Suele tener tos? (Cuente la tos con el primer humo o al salir por primera vez. Excluya el aclarado de la garganta). 1. ☐ Si 2. ☐ No
(Si contesto no, saltar a la pregunta 31 C.)

B. ¿Suele toser de 4 a 6 veces al día, o 4 o más días a la semana? 1. ☐ Si 2. ☐ No

C. ¿Suele toser al levantarse o a primera hora de la mañana? 1. ☐ Si 2. ☐ No

D. ¿Suele toser durante el resto del día o por la noche? 1. ☐ Si 2. ☐ No

SI CONTESTO SÍ A ALGUNA DE LOS ANTERIORES (31A, B, C, O D), RESPONDA A LAS SIGUIENTES. SI CONTESTO NO A TODOS, CHEQUEE "NO SE APLICA" Y PASE A LA 33A

E. ¿Suele toser así la mayoría de los días durante 3 meses consecutivos o más durante el año?? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

F. ¿Durante cuántos años has tenido la tos? Numero de años_____ No Aplica_____

32A. ¿Suele sacar flema de su pecho? 1. ☐ Si 2. ☐ No
Cuente la flema con el primer humo o al salir por primera vez. Excluir la flema de la nariz. Cuente cuanta flemase se traga. (Si no, pase a 32C)

B. ¿Suele tener flemas de este tipo hasta dos veces al día, 4 o más días a la semana? 1. ☐ Si 2. ☐ No

C. ¿Suele sacar flema al levantarse o a primera hora de la mañana? 1. ☐ Si 2. ☐ No

D. ¿Suele sacar flema durante el resto del día o por la noche? 1. ☐ Si 2. ☐ No

SI CONTESTO SÍ A ALGUNA DE LOS ANTERIORES (31A, B, C, O D), RESPONDA A LAS SIGUIENTES. SI CONTESTO NO A TODOS, CHEQUEE "NO SE APLICA" Y PASE A LA 33A

E. ¿Suele tener flema de este tipo la mayoría de los días durante 3 meses consecutivos o más durante el año? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

F. ¿Durante cuántos años ha tenido problemas con la flema? Numero de años_____ No Aplica_____

EPISODIOS DE TOS Y FLEMA

33A. ¿Ha tenido períodos o episodios de tos y flema (aumentada*) que duran 3 semanas o más cada año? 1. ☐ Si 2. ☐ No
*(Para personas que usualmente tienen tos y / o flema)

SI CONTESTO SI A LA 33A

B. ¿Durante cuánto tiempo ha tenido al menos 1 episodio al año? Numero de años _____ No Aplica_____

RESOLLANDO/SILVIDOS

34A. ¿Alguna vez ha resollado o oido un chiflido su pecho?

1. ¿Cuando tiene un resfriado? 1. ☐ Si 2. ☐ No
2. ¿De vez en cuando aparte de los resfriados? 1. ☐ Si 2. ☐ No
3. ¿La mayoría de los días o noches? 1. ☐ Si 2. ☐ No

B. ¿Durante cuántos años ha estado presente? Numero de años _____ ☐ No Aplica _____

35A. ¿Alguna vez ha tenido un ataque de sibilancias que le ha hecho sentirse sin aliento? 1. ☐ Si 2. ☐ No

SI CONTESTO SI A LA 35A

B. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer ataque? Edad en años ☐ No Aplica

C. ¿Ha tenido 2 o más episodios de este tipo? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

D. ¿Alguna vez ha requerido medicina o tratamiento para el (los) ataque(s)? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

DISNEA (FALTA DE ALIENTO)

36. Si se le impide caminar por cualquier otra condicción que no sea una enfermedad cardíaca o pulmonar, describala y proceda a la pregunta 38A. Naturaleza de la condicion(es)

37A. ¿Está preocupado por tener falta de aliento cuando se apresura sobre plano o sube una colina? 1. ☐ Si 2. ☐ No

SI CONTESTO SI A LA 37A

B. ¿Cuando camina sobre plano, tiene que caminar más lento que personas de su edad debido a la falta de aliento? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

C. ¿Alguna vez tiene que detenerse para respirar cuando camina sobre plano a su propio ritmo? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

D. ¿Alguna vez tiene que detenerse para respirar después de caminar aproximadamente 100 yardas (o después de unos minutos) en el nivel? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

E. ¿Está demasiado falto de aliento para salir de casa, al vestirse, o subir un tramo de escaleras? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

FUMADO DE TABACO

38A. ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos? 1. ☐ Si 2. ☐ No
(No significa menos de 20 paquetes de cigarrillos o 12 onzas de tabaco en la vida o menos de 1 cigarrillo al día por 1 año).

SI CONTESTO SI A LA 38A

B. ¿Fuma ahora cigarrillos (a partir de hace un mes)? 1. ☐ Si 2. ☐ No 3. ☐ No Aplica

C. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar cigarrillos por primera vez? Edad en años _____ ☐ No Aplica

D. Si dejó de fumar cigarrillos por completo, ¿qué edad tenía cuando dejó de fumar? Edad que paro ____ ☐ Selecione si fuma ☐ No Aplica

E. ¿Cuántos cigarrillos fuma por día ahora? Cigarillos por dia _____ ☐ No Aplica

F. En el promedio de todo el tiempo que fumó, ¿cuántos cigarrillos fumaba por día? Cigarillos por dia _____ ☐ No Aplica

G. ¿Inhalaste o fumaste el cigarrillo? ☐ No Aplica ☐ Casi nada ☐ Ligeramente ☐ Moderadamente ☐ Profundamente

39A. ¿Alguna vez ha fumado una pipa regularmente? (Sí, significa más de 12 onzas de tabaco en la vida). 1. ☐ Si 2. ☐ No

SI CONTESTO SI A LA 39A:

PARA PERSONAS QUE HAN FUMADO UNA PIPA

B. 1. ¿Qué edad tenías cuando empezaste a fumar una pipa regularmente? Edad en años _____

2. Si dejó de fumar una pipa por completo, ¿qué edad tenía cuando dejó de fumar? Edad en años _____ Selecione si fuma pipa No Aplica

C. En promedio, durante todo el tiempo que fumó una pipa, ¿cuánto tabaco fumaba por semana? _____ oz. por semana No Aplica
(una bolsa estándar de tabaco contiene 1 1/2 oz.)

D. ¿Cuánto tabaco de pipa fuma ahora? _____ oz. por semana No fumo pipa

E. ¿Inhaló o fumó la pipa? ☐ No Aplica ☐ Casi nada ☐ Ligeramente ☐ Moderadamente ☐ Profundamente

© Mancomm, Inc.

40A. ¿Alguna vez has fumado puros regularmente? 1. ☐ Si 2. ☐ No
(Sí significa más de 1 cigarro por semana durante un año)

SI CONTESTO SI A LA 40A

PARA LAS PERSONAS QUE HAN FUMADO UN PURO

B. 1. ¿Qué edad tenía cuando empezo a fumar puros regularmente? Edad ____

2. Si dejó de fumar puros por completo, ¿qué edad tenía cuando dejó de fumar puros? Edad que paro ☐ Selecione si fuma ☐ No Aplica

C. En promedio, durante todo el tiempo que fumo puros, ¿cuántos puros fumo por semana? Puros por semana ____ ☐ No Aplica

D. ¿Cuántos puros fuma por semana ahora?

Puros por semana Selecione si no fuma

E. ¿Inhala el humo del puro? 1. ☐ Nunca fumé 2. ☐ Casi nada 3. ☐ Ligeramente 4. ☐ Moderadamente 5. ☐ Profundamente

Firma_____ Fecha_____

© Mancomm, Inc.