Apéndice D a §1910.1027

Entrevista de historial de salud ocupacional con referencia a la exposición al cadmio

Direcciones (Debe ser leído por el empleado y firmado antes de la entrevista)

Responda las preguntas que se le harán tan cuidadosamente como pueda. Estas preguntas se hacen a todos los que trabajan con cadmio. También se le pedirá que tome muestras de sangre y orina. El médico le dará a su empleador una opinión escrita sobre si usted es físicamente capaz o si está trabajando con cadmio. Legalmente, el médico no puede compartir información personal con su empleador. La siguiente información se considera estrictamente confidencial. Los resultados de las pruebas irán a usted, su médico y su empleador. También recibirá una hoja de información que explica los resultados de cualquier monitoreo biológico o exámenes físicos realizados.

Si usted está siendo contratado, los resultados de esta entrevista y examinacion seran usados para:

(1) Establezca su estado de salud y vea si se puede esperar que trabajar con cadmio cause problemas inusuales.

(2) Determine su estado de salud hoy y vea si hay cambios en el tiempo. (3) Vea si puede usar un respirador de manera segura.

Si no es un nuevo empleado:

OSHA dice que todas las personas que trabajan con cadmio pueden someterse a exámenes médicos periódicos por un médico. Las razones de esto son:

(a) Si hay cambios en su salud, ya sea debido a cadmio por alguna otra razón, encontrarlos temprano. (b) Para prevenir el daño renal

Por favor firme abajo:

He leído estas instrucciones y las entiendo: _____ Fecha: ___/___/___
firma del empleado

Gracias por responder a estas preguntas (formato sugerido):

Nombre: _____

Edad: ___

Empresa/Compañía: _____

Trabajo: _____

Tipo de examen de reemplazo:

☐ Periodico ☐ Terminación ☐ Inicial ☐ Otro

Presión sanguínea _____

Frecuencia del pulso _____

(1) ¿Cuánto tiempo ha trabajado en el trabajo mencionado anteriormente? ☐ Aún no contratado _____ Número de meses _____ Número de años

(2) Deberes de trabajo etc.:

(3) ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tuvo bronquitis? 1. ☐ Si 2. ☐ No

Si es así hace cuánto tiempo ___ Número de meses ___ Número de años

(4) ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tuvo enfisema? 1. ☐ Si 2. ☐ No

Si es así hace cuánto tiempo ___ Número de meses ___ Número de años

(5) ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tuvo algun otro problema pulmonar? 1. ☐ Si 2. ☐ No

En caso afirmativo, describa el tipo de problemas pulmonares y cuándo tuvo estos problemas

(6) En el último año, ¿has tenido tos? 1. ☐ Si 2. ☐ No

En caso afirmativo, ¿tosiste flema? 1. ☐ Si 2. ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuanto tiempo duro la producción de flema? ☐ Menos de 3 meses ☐ Más de 3 meses

En caso afirmativo, ¿durante cuántos años ha tenido episodios de tos con producción de esputo que ha durado tanto? ☐ Menos de uno ☐ 1 ☐ 2 ☐ Más de 2

(7) ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos? 1. ☐ Si 2. ☐ No

(8) ¿Fuma cigarillos actualmente? 1. ☐ Si 2. ☐ No

(9) Si fuma cigarillos actualmente, ¿por cuantos años ha fumado, o fumo? ☐ Menos de un año ___ Número de años

¿Cuál fue el mayor número de paquetes por día que ha fumado? ___ Número de paquetes

Si dejó de fumar cigarrillos, ¿hace cuántos años dejó de fumar? ☐ Menos de un año ___ Número de años

¿Cuántos paquetes al día fuma ahora? ___ Número de paquetes al dia

(10) ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tuvo una enfermedad renal o del tracto urinario? 1. ☐ Si 2. ☐ No

(11) ¿Alguna vez le han dicho que tuvo alguno de estos trastornos? describa los problemas, la edad, el tratamiento y el seguimiento de los problemas renales o urinarios que haya tenido:

Cálculos renales	1. ☐ Si	2. ☐ No	_____
Proteína en la orina	1. ☐ Si	2. ☐ No	_____
Sangre en la orina	1. ☐ Si	2. ☐ No	_____
Dificultad para orinar	1. ☐ Si	2. ☐ No	_____
Otros problemas renales	1. ☐ Si	2. ☐ No	_____

(12) ¿Alguna vez un médico que le tomó la presión arterial le dijo que su presión arterial estaba alta? 1. ☐ Si 2. ☐ No

(13) ¿Alguna vez le han aconsejado tomar algún medicamento para la presión arterial? 1. ☐ Si 2. ☐ No

(14) ¿Actualmente está tomando algún medicamento para la presión arterial? 1. ☐ Si 2. ☐ No

(15) ¿Actualmente está tomando algún otro medicamento? 1. ☐ Si 2. ☐ No

(16) Enumere cualquier presión arterial u otros medicamentos y describa cuánto tiempo ha estado tomando cada uno:

Medicina: _____ Cuanto tiempo la ha tomado: _____

(17) ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene diabetes? 1. ☐ Si 2. ☐ No

En caso afirmativo, ¿ahora ve a un médico acerca de su diabetes? 1. ☐ Si 2. ☐ No

En caso afirmativo, ¿cómo controlas tu azúcar en la sangre? ☐ Dieta solamente ☐ Dieta y medicina oral ☐ Dieta e insulina (injeccion)

(18) ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene?

Anemia	1. ☐ Si	2. ☐ No
Recuento sanguíneo bajo	1. ☐ Si	2. ☐ No

© Mancomm, Inc.

Apéndice D a §1910.1027

Entrevista de historial de salud ocupacional con referencia a la exposición al cadmio (continuado)

(19) ¿Siente actualmente que se cansa antes de lo normal o antes que otras personas de su edad? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

En caso afirmativo, por cuánto tiempo se ha sentido que se cansa fácilmente? ☐ Menos de 1 año ____ Número de años

(20) ¿Ha donado sangre en el último año? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces? ____ Numero de veces

¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que dio la sangre? ☐ Menos de 1 mes ____ Número de meses

(21) En el último año ¿ha tenido alguna lesión con sangrado abundante? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

Si es así, hace cuánto tiempo? ☐ Menos de 1 mes ____ Número de meses

Describa: _____

(22) ¿Ha tenido alguna cirugía recientemente? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

En caso afirmativo, describa: _____

(23) ¿Ha visto últimamente sangre en las heces o después de hacer de baño? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

(24) ¿Ha tenido una prueba de sangre oculta en las heces? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

Si es así, ¿mostró la prueba sangre en las heces? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

Que evaluaciónes y tratamientos adicionales se realizaron?

Las siguientes preguntas se refieren a la capacidad de usar un respirador. Información adicional para el médico se puede encontrar en *The Respiratory Protective Devices Manual*

(25) ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene asma? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

Si es así, ¿está actualmente tomando alguna medicación para el asma? Marque todo lo que aplica: Inyecciones Pildoras Inhalador

(26) ¿Alguna vez ha tenido un ataque al corazón? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

Si es así, hace cuánto tiempo? ____ Numero de años ____ Número de meses

(27) ¿Ha tenido dolores en el pecho? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

Si es así, ¿cuándo solía ocurrir? ☐ Mientras descansa ☐ Mientras Trabaja ☐ Mientras hace ejercicio ☐ Actividad no importaba

(28) ¿Alguna vez ha tenido un problema de tiroides? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

(29) ¿Ha tenido una convulsión o convulsiones? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

(30) ¿Ha tenido un derrame cerebral (accidente cerebrovascular)? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

(31) ¿Alguna vez ha tenido un tímpano perforado o un problema de audición grave? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

(32) ¿Tiene ahora una claustrofobia, lo que significa miedo a la gente o espacios cerrados o cualquier problema psicológico que haría difícil para usted usar un respirador? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

Las siguientes preguntas se refieren a la historia reproductiva.

(33) ¿Usted o su pareja tenía un problema para concebir un hijo? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

Si es así, espesifique: ☐ Yo ☐ Compañero/a Presente ☐ Compañero/a Anterior

(34) ¿Usted o su pareja consultaron a un médico para un problema reproductivo o de fertilidad? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

Si es así, espesifique: ☐ Yo ☐ Cónyuge/Pareja ☐ Ambos

Si es así, especifique diagnóstico realizado: _____

(35) ¿Usted o su pareja han concebido un niño que resulta en un aborto involuntario, bebe deforme o muerto? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

Si es así, espesifique: ☐ Aborto Involuntario ☐ Bebe Deforme ☐ Bebe Muerto

Si el resultado era una descendencia deforme, por favor especifique el tipo: _____

(36) ¿Fue este resultado resultado de un embarazo de: ☐ Suyo con parjea actual ☐ Suyo con una pareja anterior

(37) ¿Coincidio el momento de cualquier embarazo anormal con su empleo actual? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

Mencione las fechas que ocurrio: ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

(38) ¿Cuál es la ocupación de su cónyuge o pareja? _____

Solo para mujeres

(39) ¿Tiene períodos menstruales? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

¿Ha tenido irregularidades menstruales? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

En caso afirmativo, especifique el tipo: _____

En caso afirmativo, ¿en qué fecha aproximada comenzó este problema? ____ / ____ / ____

Fecha aproximada que el problema detuvo ____ / ____ / ____

Solo para hombres

(40) ¿Alguna vez ha sido diagnosticada por un médico como tener glándula prostática problemas)? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

En caso afirmativo, describa el tipo de problema (s) y lo que se hizo para evaluar y tratar el problema (s): _____

© Mancomm, Inc.