Apéndice B-2 a §1910.1043

Cuestionario respiratorio para trabajadores no textiles en la industria algodonera

Número de identificación:_____ Código del entrevistador:_____

Ubicacion: _____ Fecha de Entrevista: ___ / ___ / ___

A. INDENTIFICACION

1. NOMBRE (Apellido)_____ (Nombre)_____ (Inicial Media)_____
2. DIRECCIÓN ACTUAL: (número, calle, o ruta rural) _____
   (Ciudad, pueblo) _____
   (Condado)_____ (Estado)_____ (Codigo postal) _____
3. NÚMERO DE TELÉFONO (___) ___ - ___
4. FECHA DE NACIMIENTO: ___ / ___ / ___
   Mes Día Año
5. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
6. GRUPO ÉTNICO O ASCENDENCIA ☐Blanco ☐ Negro o Afro-Americano ☐ Asiatico ☐ Hispano o Latino
   Selecione todos los que aplican ☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico

7. ALTURA ___PIES ___PULGADAS 8. PESO___ 9. TURNO DE TRABAJO: ☐ 1ro ☐ 2do ☐3ro

10. AREA DE TRABAJO ACTUAL
    Indique el área de trabajo principal asignada y el porcentaje de tiempo dedicado a ella. Si tabaja en otros lugares, indique y anote el porcentaje de tiempo para cada uno.
    AREA DE TRABAJO PRINCIPAL:_____
    _____
    TRABAJO ESPECIFICO:_____
    _____

11. INDUSTRIA APROPIADA ☐ Deshilado☐ Molino de semilla de algodón ☐Almacén de algodón ☐ Utilizacion ☐ Clasificacion de algodón ☐ Desmotado de algodón

B. GRAFICA DE HISTORIAL OCUPACIONAL

complete la siguiente tabla que muestra el historial de trabajo completo del individuo desde el empleo actual hasta el inicial. Esporádicos, los períodos de tiempo parcial de empleo, cada uno de duración no significativa deben agruparse si es posible.

INDUSTRIA Y UBICACIÓN	TENENCIA DE EMPLEO	OCUPACIÓN ESPECIFICA	PROMEDIO DE DÍAS TRABAJADOS POR SEMANA	EXPOSICIÓN PELIGROSA A LA SALUD ASOCIADA CON EL TRABAJO		
	DE_____ A _____			SI	NO	SI ES ASÍ, DESCRIBA

C. SÍNTOMAS

Utilice la redacción real de cada pregunta. Coloca x en el cuadrado apropiado después de cada pregunta. En caso de duda grabar "no".

TOS

1. ¿Suele toser a primera hora de la mañana (al levantarse *)?
   (Cuente la tos con el primer cigarrillo o en "Salir primero al aire libre" Excluya aclararse la garganta o tos simple.) ☐Sí ☐ No
2. ¿Suele toser de día o de noche? (ignore una tos ocasional) ☐Sí ☐ No
   Si contesto “si” a las preguntas 1 o 2:
3. ¿Suele toser así durante días hasta tres meses al año? ☐Sí ☐ No ___ No Aplica
4. ¿Tose en algún día en particular de la semana? ☐Sí ☐ No
5. Si contesto “si”, que dias: ☐Lunes ☐Martes ☐Miercoles ☐Jueves ☐Viernes ☐Sabado ☐Domingo

FLEMA

6. ¿Suele sacar alguna flema de su pecho a primera hora de la mañana? (al levantarse) * ☐Sí ☐No
   (Cuente la flema con el primer cigarrillo o la primera vez que salga a la calle. Excluya la flema de la nariz. Cuente si se tragó la flema).
7. ¿Suele sacar alguna flema de su pecho durante el día o la noche? ☐Sí ☐No Si la respuesta es "sí" a la pregunta (6) o (7):
   (Aceptar dos veces o más).
8. ¿Traes flemas de este tipo la mayoría de los días durante hasta tres meses cada año? ☐Sí ☐No Si la respuesta es "sí" a la pregunta (3) o (8):
9. ¿Cuánto tiempo ha tenido esta flema (tos)? ☐ 2 años o menos ☐Mas de 2-9 años ☐10-19 años ☐20+ años o
   Escriba el numero de años ___

© Mancomm, Inc.

Cuestionario respiratorio para trabajadores no textiles en la industria algodonera (continuado)

C. SÍNTOMAS (continuado)

ENFERMEDAD DEL PECHO

10. En los últimos 3 años, ¿ha tenido un período de (aumento) tos y flema que duró 3 semanas o más? ☐ No ☐ Sí, un período ☐ Sí, dos o mas períodos

Para personas que usualmente tienen flema:

11. Durante los últimos 3 años, ¿Se ha enfermedo del pecho (gripe) tal que lo mantuvo fuera del trabajo, en casa o en la cama? (Hasta una semana) ☐ Sí ☐ No

Si contesto "Sí" a la 11:

12. ¿Saco (más) flema de lo habitual en alguna de estas enfermedades? ☐ Sí ☐ No

Si contesto "Sí" a la 12:

Durante los últimos 3 años, ha tenido:

13. Solo una de estas enfermedades con flema aumentada ☐ Si ☐ No 14. Más de una de estas enfermedades ☐ Sí ☐ No _____ Clasificación br

PRESIÓN EN EL PECHO

15. ¿Hay veces que su pecho se siente apretado o su respiración se vuelve difícil? ☐Sí ☐No

16. ¿Su pecho está tenso o se le dificulta respirar en algún día particular de la semana? (después de una semana o 10 días fuera del molino) ☐Sí ☐No

17. Si, "sí", ¿qué días? ☐ Lun. ☐ Mar. ☐ Mie. ☐ Jue. ☐ Vie. ☐ Sab. ☐ Dom.

Hay veces Siempre

18. Si contesto "Sí" al lunes, ¿a qué hora del lunes siente su pecho apretado o le cuesta respirar? Antes de entrar al molino Despues de entrar al molino

(Pregunte solo si "No" a la pregunta (15))

19. En el pasado, ¿su pecho ha estado apretado o ha sido difícil respirar en algún día particular de la semana? ☐ Sí ☐ No

20. Si, "sí", ¿qué días? ☐Lun. ☐Mar. ☐ Mie. ☐Jue. ☐Vie. ☐Sab. ☐Dom.

Hay veces Siempre

FALTA DE ALIENTO

21. Si no puede caminar por alguna otra afección que no sea enfermedad cardíaca o pulmonar, ponga "x" en este espacio ____ y deje las preguntas (22-30) sin preguntar.

22. ¿Alguna vez le molesta la falta de aliento, cuando se apresura en una superficie nivelada o sube una colina ligera?

☐ Sí ☐ No ☐ Si, contesto "No" el grado es 1. ☐ Si contesto "Sí", siga a la siguiente pregunta.

23. ¿Le falta el aliento al caminar con otras personas a un ritmo normal en el nivel?

☐ Sí ☐ No ☐ Si, contesto "No" el grado es 2. ☐ Si contesto "Sí", siga a la siguiente pregunta.

24. ¿Tiene que parar para respirar cuando camina a su propio ritmo en el nivel?

☐ Sí ☐ No ☐ Si, contesto "No" el grado es 3. ☐ Si contesto "Sí", siga a la siguiente pregunta.

25. ¿Le falta el aliento al lavarse o al vestirse?

☐ Sí ☐ No ☐ Si, contesto "No" el grado es 4. ☐ Si contesto "Sí", el grado es 5. 26. Grado de disnea (falta de aliento):_____

LOS LUNES

27. ¿Alguna vez le molesta la falta de aliento, cuando se apresura en una superficie nivelada o sube una colina ligera?

☐ Sí ☐ No ☐ Si, contesto "No" el grado es 1. ☐ Si contesto "Sí", siga a la siguiente pregunta.

28. ¿Le falta el aliento al caminar con otras personas a un ritmo normal en el nivel?

☐ Sí ☐ No ☐ Si, contesto "No" el grado es 2. ☐ Si contesto "Sí", siga a la siguiente pregunta.

29. ¿Tiene que parar para respirar cuando camina a su propio ritmo en el nivel?

☐ Sí ☐ No ☐ Si, contesto "No" el grado es 3. ☐ Si contesto "Sí", siga a la siguiente pregunta.

30. ¿Le falta el aliento al lavarse o al vestirse?

☐ Sí ☐ No ☐ Si, contesto "No" el grado es 4. ☐ Si contesto "Sí", el grado es 5. 31. Grado B:_____

OTRAS ENFERMEDADES E HISTORIAL DE ALERGIAS

32. ¿Tiene una condición cardíaca por la cual está bajo el cuidado de un médico? ☐Sí ☐ No

33. ¿Alguna vez has tenido asma? ☐Sí ☐ No

Si contesto "Sí", comenzo: Antes de la edad de 30 Despues de la edad de 30

34. Si contesto "Sí" antes de los 30, ¿tuvo asma antes de ir a trabajar en una fábrica textil? ☐ Sí ☐ No

35. ¿Alguna vez ha tenido fiebre del heno u otras alergias (además de las anteriores)? ☐ Sí ☐ No

FUMAR TABACO

36. ¿Ud. fuma? Marque "Sí", si fumaba habitualmente hasta hace un mes. (Cigarrillos, puros, o pipas) ☐ Sí ☐ No

Si contesto "No" a la (33):

37. ¿Alguna ves a fumado? ☐ Sí ☐ No

(Cigarillos, puros, pipas. Marque "no" si la persona nunca a fumado un cigarillo por dia, o una onza de tabaco por mes, por un año.)

Si contesto "Sí" a la (33) o (34); que es lo que ha fumado y por cuantos años? (Escriba en el número específico de años en el cuadrado apropiado)

		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	Años	(<5)	(5-9)	(10-14)	(15-19)	(20-24)	(25-29)	(30-34)	(35-39)	(>40)
38.	Cigarillos									
39.	Pipa									
40.	Puros									

41. Si fuma/o cigarrillos, ¿cuántos paquetes al día? (escriba el número de cigarrillos)

☐Menos de 1/2 paquete ☐1/2 paquete, pero menos de 1 paquete ☐1 paquete, pero menos de 1 1/2 pacquetes ☐1 1/2 paquetes of mas

42. Numero de paquetes por año

43. Si es un ex-fumador (cigarrillos, puros, pipa), ¿cuánto tiempo desde que dejó de fumar? (escriba en número de años)

☐0-1años ☐1-4 años ☐5-9 años ☐10+años

HISTORIAL OCUPACIONAL

Alguna vez a trabajado en:

44. Una fundicion? (hasta un año) ☐Sí ☐No

45. La minería de piedra o mineral, la explotación de canteras, o procesamiento? (hasta un año) ☐Sí ☐No

46. Molienda o procesamiento de asbesto? (alguna vez) ☐Sí ☐No

47. Molino de algodón o de mezcla de algodón? ☐Sí ☐No

47. ¿Otros polvos humos o humos? En caso afirmativo, por favor especifique ☐Sí ☐No

Típo de expocisión _____

Tiempo de expocisión _____

© Mancomm, Inc.