Apéndice D a §1910.1048
Cuestionario de enfermedades médicas (no obligatorio)

A. INDENTIFICACIÓN

NOMBRE DE PLANTA: _____ FECHA: ___ ___ — ___ ___ — ___ ___

NOMBRE DE EMPLEADO: _____

TITULO DE TRABAJO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___ ___ — ___ ___ — ___ ___ EDAD: ___ ___ SEXO: ☐ M ☐ F

ALTURA: ___ ___ PIES ___ ___ PULGADAS PESO: ___ ___ ___ LIBRAS

B. HISTORIAL MEDICO

1. ¿Ha estado alguna vez en el hospital como paciente? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, ¿qué tipo de problema tuvo? _____
2. ¿Alguna vez ha tenido algún tipo de operación? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, ¿qué tipo? _____
3. ¿Toma algún tipo de medicamento con regularidad? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, ¿qué tipo? _____
4. ¿Eres alérgico a algún medicamento, alimento o productos químicos? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, ¿qué tipo de alergia es? _____
5. ¿Alguna vez le han dicho que tiene asma, fiebre del heno o sinusitis? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Alguna vez le han dicho que tiene enfisema, bronquitis o algún otro problema respiratorio? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Alguna vez le han dicho que tiene hepatitis? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Alguna vez le han dicho que tiene cirrosis? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Alguna vez le han dicho que tiene cancer? ☐ Sí ☐ No
10. ¿Alguna vez has tenido artritis o dolor en las articulaciones? ☐ Sí ☐ No
11. ¿Alguna vez le han dicho que tenía presión arterial alta? ☐ Sí ☐ No
12. ¿Alguna vez ha tenido un ataque al corazón o problemas del corazón? ☐ Sí ☐ No

B-1. ACTUALIZACIÓN DE HISTORIAL MÉDICO

1. ¿Ha estado en el hospital como paciente durante el último año? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, ¿para qué condiciones? _____
2. ¿Ha estado bajo el cuidado de un médico durante el año pasado? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, ¿para qué condiciones? _____
3. ¿Hubo algún cambio en su respiración desde el año pasado? ☐ Sí ☐ No
   Mejor Peor No hubo un cambio
   Si hubo un cambio, ¿sabe por qué? _____
4. ¿Su salud general es diferente este año del año pasado? ☐ Sí ☐ No
   Si es diferente, ¿en que manera? _____
5. ¿Ha estado usted en el último año o está tomando algún medicamento regularmente? ☐ Sí ☐ No
   Nombre de Rx _____
   Condición en tratamiento: _____

C. HISTORIAL OCUPACIÓNAL

1. ¿Cuánto tiempo ha trabajado para tu empleador actual? _____
2. ¿Qué trabajos ha tenido con este empleador? Incluya el título del trabajo y el tiempo en cada trabajo. _____
   _____
3. En cada uno de estos trabajos, ¿cuántas horas al día estuvo expuesto a sustancias químicas? ___ ___
4. ¿Con qué productos químicos has trabajado la mayor parte del tiempo? _____
5. ¿Alguna vez ha notado algún tipo de sarpullido en la piel que se usted relaciona con su trabajo? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Alguna vez ha notado que algun tipo de producto químico lo hace toser? ☐ Sí ☐ No Resollar? ☐ Sí ☐ No
   ¿Tiene dificultad para respirar o hace que su pecho se contraiga? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Está expuesto a polvo o productos químicos en el hogar? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, explique: _____
8. En otro trabajos, ha estado expuesto a:
   Polvo de madera? ☐ Sí ☐ No Níquel o cromo? ☐ Sí ☐ No Sílice (fundición, granallado con arena)? ☐ Sí ☐ No
   Arsénico o asbesto? ☐ Sí ☐ No Disolvente orgánico? ☐ Sí ☐ No Espumas de uretano? ☐ Sí ☐ No

C-1. ACTUALIZACIÓN DE HISTORIAL OCUPACIÓNAL

1. ¿Estás trabajando en el mismo trabajo este año que el año pasado? ☐ Sí ☐ No
   Si no, como ha cambiado su trabajo: _____
2. ¿A qué químicos estás expuesto en tu trabajo? _____
3. ¿Cuántas horas al día estás expuesto a sustancias químicas?
4. ¿Alguna vez ha notado algún tipo de sarpullido en la piel que se usted relaciona con su trabajo? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, explique las circumstancias: _____
5. ¿Se ha dado cuenta de que algún químico lo hace toser, le falta el aliento o sibilancias? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, lo puede identificar: _____

© Mancomm, Inc.

Apéndice D a §1910.1048
Cuestionario de enfermedades médicas (no obligatorio)
(continuado)

D. MISCELÁNEO

1. ¿Usted fuma? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, ¿cuánto y por cuánto tiempo? Pipa:_____ Puros:_____ Cigarillos:_____
2. ¿Bebe usted alcohol de alguna forma? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, ¿cuánto y por cuánto tiempo, y cada cuando? _____
3. ¿Usa lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Hace algún ejercicio físico que no sea tu trabajo?
   Si es así, explique: _____
5. ¿Tiene algún pasatiempo o "trabajo secundario" que requiera el uso de productos químicos, como pelar muebles, granallado de arena, aislamiento o fabricación de espuma de uretano, muebles, etc.? ☐ Sí ☐ No
   En caso afirmativo, describa el tipo de negocio o pasatiempo, los productos químicos utilizados y la duración de las exposiciones.

E. CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS

1. ¿Alguna vez tiene falta de aliento?	☐ Sí	☐ No
Si contesto “Sí”, ¿tiene que descansar despues de subir las escaleras?	☐ Sí	☐ No
Si contesto “Sí”, ¿cuando camina en el mismo nivel con personas de su edad, camina usted mas despacio que ellos?	☐ Sí	☐ No
Si contesto “Sí”, ¿si camina a un paso mas lento que lo normal, tiene que limitar la distancia que camina?	☐ Sí	☐ No
Si contesto “Sí”, ¿tiene que parar y descansar mientras se baña?	☐ Sí	☐ No
2. ¿Tose hasta tres meses al año?	☐ Sí	☐ No
Si contesto “Sí”, ¿ha tenido esa tos hace mas de un año?	☐ Sí	☐ No
Si contesto “Sí”, ¿alguna vez tose alguna flema del pecho?	☐ Sí	☐ No
3. ¿Alguna vez ha sentido asfixia, no puede respirar profundamente o siente presión en su pecho?	☐ Sí	☐ No
Si contesto “Sí”, ¿se ha dado cuenta que ocurre en un dia de la semana en particular?	☐ Sí	☐ No
Si contesto “Sí”, ¿que dia de la semana? ☐ Lun. ☐ Mar. ☐ Mier. ☐ Jue. ☐ Vie. ☐ Sab. ☐ Dom.		
Si contesto “Sí”, ¿se da cuenta que esto ocurre en un lugar particular?	☐ Sí	☐ No
Si contesto “Sí”, ¿se ha dado cuenta que se siente peor despues de haber regresado al trabajo unos cuantos dias?	☐ Sí	☐ No
4. ¿Alguna vez has notado sibilancias en su pecho?	☐ Sí	☐ No
Si contesto “Sí”, ¿ocurre solo cuando tiene fiebre u otras infecciones?	☐ Sí	☐ No
Es acaso de exposicion al polvo u otro material?	☐ Sí	☐ No
Si contesto “Si”, de que tipo?_____		
5. ¿Alguna vez ha notado ardor, lagrimeo o enrojecimiento en tus ojos cuando está en el trabajo?	☐ Sí	☐ No
Si es así, explique las circunstancias:_____		
6. ¿Ha notado dolor de garganta o ardor o picazón o ardor en la nariz cuando está en el trabajo?	☐ Sí	☐ No
Si es así, explique las circunstancias:_____		
7. ¿Ha notado alguna congestión o sequedad en su nariz?	☐ Sí	☐ No
8. ¿Alguna vez se le han hinchado los párpados o la cara?	☐ Sí	☐ No
9. ¿Alguna vez ha tenido ictericia (amarillamiento de los ojos)?	☐ Sí	☐ No
Si es así, ¿ocurrio algun tipo de dolor?		
10. ¿Alguna vez ha tenido una tendencia a moretarse con facilidad o sangrar excesivamente?	☐ Sí	☐ No
11. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes que no se alivian con la Aspirina o el Tylenol?	☐ Sí	☐ No
Si es así, ¿se ha dado cuenta que ocurren en un dia de la semana en particular?	☐ Sí	☐ No
Si contesto “Sí”, ¿cuando ocurren?_____		
12. ¿Tiene episodios frecuentes de nerviosismo o irritabilidad?	☐ Sí	☐ No
13. ¿Tiene problemas para concentrarse o recordar?	☐ Sí	☐ No
14. ¿Alguna vez se ha sentido mareado, excesivamente somnoliento o como si lo hubieran drogado?	☐ Sí	☐ No
15. ¿Alguna vez su visión se vuelve borrosa?	☐ Sí	☐ No
16. ¿Tiene adormecimiento u hormigueo en las manos o los pies u otras partes de su cuerpo?	☐ Sí	☐ No
17. ¿Alguna vez ha tenido debilidad crónica o fatiga?	☐ Sí	☐ No
18. ¿Alguna vez ha tenido hinchazón de sus pies o tobillos hasta el punto en que no pudo usar sus zapatos?	☐ Sí	☐ No
19. ¿Le molesta la acidez estomacal o la indigestión?	☐ Sí	☐ No
20. ¿Alguna vez tiene picazón, sequedad o descamación y descamación de las manos?	☐ Sí	☐ No
21. ¿Alguna vez tiene una sensación de ardor en las manos o enrojecimiento de la piel?	☐ Sí	☐ No
22. ¿Alguna vez tiene grietas o sangrado de la piel en las manos?	☐ Sí	☐ No
23. ¿Estás bajo el cuidado de un médico?	☐ Sí	☐ No
Si es así, ¿para qué estás siendo tratado?_____		
24. ¿Tiene alguna queja física hoy?	☐ Sí	☐ No
Si es así, explique:_____		
25. ¿Tiene otras condiciones de salud que no están cubiertas por estas preguntas?	☐ Sí	☐ No
Si es así, explique:_____		

© Mancomm, Inc.