Apéndice F a §1910.1051
Cuestionarios médicos (no obligatorios)

1, 3 Cuestionario de salud inicial de butadieno (BD)

DIRECCIONES

Se le ha pedido que responda las preguntas en este formulario porque trabaja con BD (butadieno). Estas preguntas son sobre su trabajo, historial médico y problemas de salud. Por favor, haz todo lo posible para responder a todas las preguntas. Si necesita ayuda, informe al médico o al profesional de la salud que revisa este formulario. Este formulario es un registro médico confidencial. Solo la información relacionada directamente con su salud y seguridad en el trabajo puede ser entregada a su empleador. La información personal de salud no será entregada a nadie sin su consentimiento.

FECHA: ___ ___ — ___ ___ — ___ ___ ___ ___
MES DÍA AÑO

NOMBRE: _____ _____ ___
APELLIDO NOMBRE INICIAL MEDIA

TITULO DE TRABAJO: _____

NOMBRE DE EMPRESA/COMPAÑÍA: _____

NOMBRE DEL SUPERVISOR: _____

NUMERO DE TELEFONO DEL SUPERVISOR: (___ ___) ___ ___ ___ – ___ ___ ___ ___ EXT

HISTORIAL OCUPACIONAL

1. Enumere todos los trabajos que ha tenido en el pasado, comenzando con el trabajo que tiene ahora y retrocediendo en el tiempo a su primer trabajo. (Para más espacio, escriba atras de esta página)

	Trabajo principal	Años	Nombre de empresa	Cuidad	Estado	Químicos
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

2. Por favor describa lo que hace durante un día de trabajo típico. Asegúrese de describir su trabajo con butadieno.

_____
_____
_____
_____

3. Marque cualquiera de estos productos químicos con los que trabaja actualmente o con los que ha trabajado en el pasado:

- ☐ Benceno
- ☐ Pegamentos
- ☐ Tolueno
- ☐ Tintas/Tintes
- ☐ Otros solventes, cortagrasa
- ☐ Insectisidas (como DDT, lindano, etc.)
- ☐ Pinturas, varnices, tiners, removedores de pintura
- ☐ Polvos
- ☐ Tetracloruro de carbono
- ☐ Arsina
- ☐ Carbono disulfino
- ☐ Plomo
- ☐ Cemento
- ☐ Productos de petroleo
- ☐ Nitritos

4. Marque cualquiera de estos equipos o ropa protectivos que utiliza en el trabajo en el que trabaja ahora:

- ☐ Guantes
- ☐ Respirador
- ☐ Gafas de seguridad, gafas
- ☐ Overoles
- ☐ Mascarilla para el polvo

Por favor marque su respuesta de sí o no.

5. ¿Su ropa o equipo de protección le queda bien? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Alguna vez ha hecho cambios en su ropa o equipo de protección para que se ajuste mejor? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Dónde come, bebe y / o fuma cuando está en el trabajo? (por favor marque todos los que apliquen) ☐ Sí ☐ No
8. ¿Dónde come, bebe y / o fuma cuando está en el trabajo? (por favor marque todos los que apliquen)
   - ☐ Cafeteria/restaurante
   - ☐ Sala de descanso/Sala de empleados
   - ☐ Sala para fumar
   - ☐ En mi estación de trabajo.
9. ¿Ha estado expuesto a la radiación (como rayos X o material nuclear) en el trabajo que tiene ahora o en trabajos anteriores? ☐ Sí ☐ No
10. ¿Tiene algún pasatiempo que lo exponga al polvo o productos químicos (como pinturas, pegamentos, etc.)? ☐ Sí ☐ No
11. ¿Tiene algún segundo o trabajos secundarios? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuáles son tus deberes allí? _____
_____
_____

12. ¿Estuvo en el ejercito? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuáles son tus deberes allí? _____
_____
_____

© Mancomm, Inc.

Apéndice F a §1910.1051
Cuestionarios médicos (no obligatorios) (continuado)

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR:

1. En la columna de miembros de la familia, frente al nombre de la enfermedad, escriba qué miembro de la familia, si alguno tuvo la enfermedad

ENFERMEDAD	MIEMBRO DE FAMILIA
Cancer	
Linfoma	
Enfermedad/característica de célula falciforme	
Enfermedad imune	
Leucemia	
Anemia	

2. Por favor complete la siguiente información acerca de la salud de la familia:

FAMILIAR	ESTA VIVO?	EDAD QUE MURIO	CAUSA DE MUERTE
Padre			
Madre			
Hermano/a			
Hermano/a			
Hermano/a			

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL:

FECHA DE NACIMIENTO: ____ __ ____ __ _____ (MES DÍA AÑO) EDAD: ____ SEXO: ☐ M ☐ F

ESTATURA: ____PIES ____PULGADAS PESO: _____LBS

Por favor marque su respuesta.

1. ¿Fuma algún producto de tabaco? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Alguna vez ha tenido algún tipo de cirugía u operación? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, ¿qué tipo de cirugía? _____
3. ¿Alguna vez has estado en el hospital por alguna otra razón? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, por favor describa la razón: _____
4. ¿Tiene algún problema o afección médica actual o continua? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, por favor describa: _____
5. ¿Tiene ahora o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? Por favor, marque todos los que aplican a usted.

☐ Fiebre inexplicable	☐ Se amoreta facilmente	☐ Muerte fetal	☐ Anemia	☐ Lupus
☐ Enrojecimiento de los ojos	☐ VIH/SIDA	☐ Perdida de peso	☐ Bulto bajo la piel	☐ Debilidad
☐ Problemas del riñon	☐ Niño con defectos natales	☐ Celula facilforme	☐ Ganglios linfáticos agrandados	
☐ Aborto espontáneo	☐ Enfermedad del higado	☐ Enfermedad autoinmune	☐ Sarpullido en la piel	☐ Cancer
☐ Problemas pulmonares	☐ Sangre en el escremento	☐ Infertilidad	☐ Artritis Reumatoide	☐ Leucemia/linfoma
☐ Problemas con alcohol	☐ Mononucleosis (mono)	☐ Inflamacion del cuello	☐ Problemas de tiroide	☐ Tos persistente
☐ Resolleo/Silbidos	☐ Sudar de noche	☐ Amarillamiento de la piel	☐ Dolor en el pecho	

6. ¿Tiene algún síntoma o problema de salud que cree que pueda estar relacionado con su trabajo con butadieno? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, por favor describa: _____
7. ¿Alguno de sus compañeros de trabajo tuvo síntomas o problemas similares? ☐ Sí ☐ No ☐ No se
   Si es así, por favor describa: _____
8. ¿Nota alguna irritación en sus ojos, nariz, garganta, pulmones o piel cuando trabaja con butadieno? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Observa visión borrosa, tos, somnolencia, náuseas o dolor de cabeza al trabajar con butadieno? ☐ Sí ☐ No
10. ¿Toma algún medicamento (incluido el control de la natalidad o medicamiento de venta libre)? ☐ Sí ☐ No
    Si es así, por favor describa: _____
11. ¿Es alérgico a algún medicamento, comida o productos químicos? ☐ Sí ☐ No
    Si es así, por favor describa: _____
12. ¿Tiene algún problema de salud que no esté cubierto por este cuestionario que cree que se ve afectado por su trabajo con butadieno? ☐ Sí ☐ No
    Si es así, por favor describa: _____
13. ¿Entendio todas las preguntas? ☐ Sí ☐ No

_____

Firma

© Mancomm, Inc.

Apéndice F a §1910.1051
Cuestionarios médicos (no obligatorios) (continuado)

1, 3 Cuestionario de salud inicial de butadieno (BD)

INSTRUCCIONES:

Se le ha pedido que responda las preguntas en este formulario porque trabaja con BD (butadieno). Estas preguntas son sobre su trabajo, historial médico y problemas de salud. Por favor, haz todo lo posible para responder a todas las preguntas. Si necesita ayuda, informe al médico o al profesional de la salud que revisa este formulario. Este formulario es un registro médico confidencial. Solo la información relacionada directamente con su salud y seguridad en el trabajo puede ser entregada a su empleador. La información personal de salud no será entregada a nadie sin su consentimiento.

FECHA: ____ — ____ — _____
MES DÍA AÑO

NOMBRE: _____ _____ ____
APELLIDO NOMBRE INICIAL MEDIA

TITULO DE TRABAJO: _____

NOMBRE DE EMPRESA/COMPAÑÍA: _____

NOMBRE DEL SUPERVISOR: _____

NUMERO DE TELEFONO DEL SUPERVISOR: (_____) _____ – _____ ____ EXT

HISTORIAL OCUPACIONAL ACTUAL:

1. Por favor, describa cualquier deberes NUEVOS que tiene en su trabajo? _____
2. Por favor indique cualquier título de trabajo adicional que tenga: _____
3. ¿Está expuesto a otros productos químicos en su trabajo desde la última vez que fue evaluado para la exposición al butadieno? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, por favor indique cuáles son: _____
4. ¿Su equipo y ropa de protección personal le quedan bien? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Alguna vez ha hecho cambios en este equipo o ropa para que se ajuste mejor? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Ha estado expuesto al butadieno cuando no estaba usando equipo o ropa de protección? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Está expuesto a NUEVOS productos químicos en el hogar o mientras trabaja en pasatiempos? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, por favor indique cuáles son: _____
8. Desde su última evaluación de salud de butadieno, ¿ha comenzado a trabajar en algún segundo empleo secundario o secundario? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, por favor indique cuáles son: _____

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL:

1. ¿Cual es su peso actual? _____ Libras
2. ¿Le han diagnosticado algunas condiciónes médicas o enfermedades nuevas desde su última evaluación? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, por favor describalas: _____
3. Desde su última evaluación, ¿ha estado en el hospital por alguna enfermedad, lesión o cirugía? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, por favor describa: _____
4. ¿Tiene ahora o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? Por favor, marque todos los que aplican a usted.

☐ Fiebre inexplicable	☐ Se amoreta facilmente	☐ Muerte fetal	☐ Anemia	☐ Lupus
☐ Enrojecimiento de los ojos	☐ VIH/SIDA	☐ Perdida de peso	☐ Bulto bajo la piel	☐ Debilidad
☐ Problemas del riñon	☐ Niño con defectos natales	☐ Celula facilforme	☐ Ganglios linfáticos agrandados	
☐ Aborto espontáneo	☐ Enfermedad del higado	☐ Enfermedad autoinmune	☐ Sarpullido en la piel	☐ Cancer
☐ Problemas pulmonares	☐ Sangre en el escremento	☐ Infertilidad	☐ Artritis Reumatoide	☐ Leucemia/linfoma
☐ Problemas con alcohol	☐ Mononucleosis (mono)	☐ Inflamacion del cuello	☐ Problemas de tiroide	☐ Tos persistente
☐ Resolleo/Silbidos	☐ Sudar de noche	☐ Amarillamiento de la piel	☐ Dolor en el pecho	

5. ¿Tiene algún síntoma o problema de salud que cree que pueda estar relacionado con su trabajo con butadieno? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, por favor describa: _____
6. ¿Alguno de sus compañeros de trabajo tuvo síntomas o problemas similares? ☐ Sí ☐ No ☐ No se
   Si es así, por favor describa: _____
7. ¿Nota alguna irritación en sus ojos, nariz, garganta, pulmones o piel cuando trabaja con butadieno? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Observa visión borrosa, tos, somnolencia, náuseas o dolor de cabeza al trabajar con butadieno? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Toma algún medicamento (incluido el control de la natalidad o medicamiento de venta libre)? ☐ Sí ☐ No
   Si es así, por favor describa: _____
10. ¿Es alérgico a algún medicamento, comida o productos químicos? ☐ Sí ☐ No
    Si es así, por favor describa: _____
11. ¿Tiene algún problema de salud que no esté cubierto por este cuestionario que cree que se ve afectado por su trabajo con butadieno? ☐ Sí ☐ No
    Si es así, por favor describa: _____
12. ¿Entendio todas las preguntas? ☐ Sí ☐ No

_____
Firma

© Mancomm, Inc.