Apéndice B a §1910.1052
Cuestionario de exposición al cloruro de metileno

I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1. NOMBRE: _____
2. FECHA: ____ – ____ – ____ 3. FECHA DE NACIMIENTO: ____ – ____ – ____ 4. EDAD: ____
5. OCUPACION ACTUAL: _____
6. SEXO ☐ M ☐ F
7. Raza (marque todos los que aplican) ☐ Blanco ☐ Negro o Afro-Americano ☐ Asiatico ☐ Hispano o Latino ☐ Indio Americano or Nativo de Alaska ☐ Nativo Hawaiano or Isleño Pacífico

II. HISTORIAL OCUPACIONAL

1. ¿Alguna vez ha trabajado con cloruro de metileno, dicolorometano, dicoloruro de metileno o CH_2Cl_2 ? Sí No
(todos son nombres diferentes para el mismo producto químico) Por favor describa cual, en el formulario de historial ocupacional, si no lo ha hecho todavia.
2. Si ha trabajado en alguna de las siguientes industrias y no las ha incluido en el formulario de historial laboral, hágalo.

Decapado de muebles	☐ Sí	☐ No	Cualquier industria donde uso solventes para limpiar y desengrasar	☐ Sí	☐ No
Fabricación de espuma de poliuretano	☐ Sí	☐ No	Construcción, especialmente pintura y repintado.	☐ Sí	☐ No
Fabricación/Formulación química	☐ Sí	☐ No	Fabricación de aerosoles	☐ Sí	☐ No
Fabricación farmacéutica	☐ Sí	☐ No	Cualquier industria en la que haya utilizado adhesivos en aerosol	☐ Sí	☐ No

3. Si no ha enumerado pasatiempos o proyectos domésticos en el formulario de historial laboral, especialmente el acabado de muebles, pintura con esterilización o decapado de pintura, hágalo.

III. HISTORIAL MEDICO

A. General

1. ¿Te consideras de buena salud? Si no, indique la(s) razón(es). _____
2. Alguna vez ha tenido: ☐ Sed peristente ☐ Orina Frecuente ☐ Dermatitis o piel irritada ☐ Heridas que no curan
3. ¿Qué medicamentos con receta o sin receta toma, y por qué razones? _____
4. ¿Eres alérgico a algún medicamento y qué tipo de reacción tienes? _____

B. Respiratorio

1. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad del pecho o alguna enfermedad? Explique: _____
2. Tiene o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes: ☐ Asma ☐ Resolleo en el pecho ☐ Falta de Aliento
3. ¿Alguna vez ha tenido una radiografía de tórax anormal? ☐ Sí ☐ No
De ser así, ¿cuándo, dónde y cuáles fueron los hallazgos? _____
_____
4. ¿Alguna vez ha tenido dificultades para usar un respirador o un aparato de respiración? ☐ Sí ☐ No
Explique: _____
5. ¿Hay enfermedades del pecho o los pulmones en su familia? ☐ Sí ☐ No
Explique: _____
6. ¿Ha fumado cigarillos, puros, or una pipa? ☐ Sí ☐ No Edad a la que empezo: ____
7. ¿Fuma actualmente? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Si ha dejado de fumar completamente, que edad tenia cuando dejo de fumar? Edad en la que dejo de fumar: ____
9. ¿Por promedio de todo el tiempo que ud. fumo, cuantos paquetes, puros, o cuencos de tabaco se fumaba al dia? ____

C. Cardiovascular

1. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes síntomas: cuál de los siguientes se aplica a usted ahora o lo hizo en algún momento en el pasado, incluso si el problema se controla con medicamentos? Por favor, explique las respuestas que marca "Si" (es decir, cuándo se diagnosticó el problema, la duración del medicamento).
   a. Nivel alto de colesterol o triglicéridos ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   b. Hipertensión (presión alta) ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   c. Diabetes ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   d. Antecedentes familiares de ataque cardíaco, embolio o arterias bloqueadas ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
2. ¿Alguna vez a tenido dolor de pecho? ☐ Sí ☐ No Si es asi, responda a la siguientes cinco preguntas,
   a. ¿Cual era la intensidad del dolor (aplastado, apuñalado, apretado) _____
   b. ¿Le viajo el dolor a otra parte del cuerpo (a la mandibula, brazo izquierdo) _____
   c. ¿Que fue lo que ocasiono el dolor? _____
   d. ¿Cuanto tiempo duro? _____
   e. ¿Que hizo que se detuviera el dolor? _____
3. ¿Ha tenido una enfermedad cardíaca, un ataque cardíaco, un derrame cerebral, un aneurisma o arterias bloqueadas en cualquier parte de su cuerpo? ☐ Sí ☐ No
Explique (cuando, cual fue el tratamiento): _____
4. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía de bypass para arterias bloqueadas en su corazón o en algún otro lugar? ☐ Sí ☐ No
Explique: _____
5. ¿Alguna vez se han realizado otros procedimientos para abrir una arteria obstruida (angioplastia con balón, endarterectomía carotídea, medicamento para disolver coágulos)? ☐ Sí ☐ No
Explique: _____

© Mancomm, Inc.

C. Cardiovascular (continuado)

6. Tiene o alguna vez ha tenido (explique cada uno):
   a. Soplo cardíaco ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   b. Latido del corazón irregular ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   c. Falta de aliento mientras está acostado ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   d. Insuficiencia cardíaca congestiva ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   e. Hinchazón de tobillos ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   f. Dolor recurrente en cualquier parte debajo de la cintura al caminar. ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
7. ¿Alguna vez ha tenido un electrocardiograma (EKG)? ☐ Sí ☐ No
   ¿Cuando? FECHA: ___ ___ — ___ ___ — ___ ___
8. ¿Alguna vez ha tenido un electrocardiograma (EKG) abnormal? ☐ Sí ☐ No
   De ser así, ¿cuándo, dónde y cuáles fueron las conclusiones? _____
9. ¿Hay enfermedades cardíacas, presión arterial alta, diabetes, colesterol alto o triglicéridos altos en su familia? ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____

D. Hepatobiliar y pancreas

1. ¿Ahora bebes, o alguna vez has bebido bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No Edad que comenzo: ___ ___ Edad que se detuvo: ___ ___
2. Promedio por semana:
   a. Cervezas: _____ , onzas en el envase habitual: ___ ___
   b. Vino: _____ , onzas por copa: ___ ___
   c. Bebidas: _____ , onzas en el envase habitual: ___ ___
3. Tiene o alguna vez ha tenido (explique cada uno):
   a. Hepatitis (infecciosa, autoinmune, inducida por medicamentos o química) ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   b. Ictericia ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   c. Elevadas enzimas hepáticas o bilirrubina elevada ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   d. Enfermedad hepática (del higado) o cáncer ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____

E. Sistema nervioso central

1. Tiene o alguna vez ha tenido (explique cada uno):
   a. Dolor de cabeza ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   b. Mareos ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   c. Desmayo ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   d. Perdida de conciencia ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   e. Habla incomprensible ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   f. Falta de equilibrio ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   g. Enfermedad mental o psiquiátrica ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   h. Se vuelve olvidadizo (se le va la memoria) ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____

F. Hematológico

1. Tiene o alguna vez ha tenido (explique cada uno):
   a. Anemia ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   b. Enfermedad/característica de célula falciforme ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   c. Deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
   d. Trastorno de tendencia al sangrado ☐ Sí ☐ No
   Explique: _____
2. Si no se mencionó anteriormente, ¿alguna vez ha tenido una reacción a los medicamentos con sulfa o a medicamentos utilizados para prevenir o tratar la malaria?
   Cual fue la droga, describa la reacción? _____

© Mancomm, Inc.