

Apéndice D a §1926.1101
Cuestionarios Médicos - Obligatorio

Parte 2

CUESTIONARIO MEDICO PERIÓDICO

1. NOMBRE: _____
2. NUMERO DE RELOJ: _____
3. OCUPACIÓN ACTUAL: _____
4. PLANTA: _____
5. DIRECCIÓN: _____
6. CÓDIGO POSTAL: _____
7. NÚMERO DE TELÉFONO: (_____) _____ - _____
8. ENTREVISTADOR: _____
9. FECHA: _____
10. ¿Cuál es su estado civil? 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Separado/Divorciado

11. HISTORIA OCUPACIONAL

- 11A. ¿En el último año, trabajaste a tiempo completo (30 horas por semana o más) durante 6 meses o más? 1. Si 2. No
SI CONTESTO "SI" A LA 11A:
- 11B. ¿En el último año trabajó en un trabajo polvoriento? 1. Si 2. No 3. No Aplica
- 11C. Fue la exposición al polvo: 1. Leve 2. Moderada 3. Severa
- 11D. En el último año, ¿estuvo expuesto a gases o gases químicos en su trabajo? 1. Si 2. No
- 11E. Fue la exposición: 1. Leve 2. Moderada 3. Severa
- 11F. En el último año, cual fue su:
Trabajo/Ocupacion _____
Posicion/Título de Trabajo _____

12. HISTORIA MÉDICA RECIENTE

- 12A. Se considera usted mismo, ¿estar bien de salud? 1. Si 2. No
Si "No", por que razón: _____
- 12B. En el último año ha desarrollado:
- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Epilepsia? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Fiebre reumática? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Enfermedad del riñon? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Enfermedad de la vejiga? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Diabetes? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ictericia? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Cancer? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

13. RESFRIADOS Y ENFERMEDADES DEL PECHO

- 13A. Si se resfría, ¿suele ir a su pecho? 1. Si 2. No 3. No Me Resfrio
(por lo general significa más de 1/2 del tiempo)
- 14A. Durante el año pasado, ha tenido cualquier enfermedad del pecho que lo haya mantenido fuera del trabajo, en casa, o en la cama? 1. Si 2. No 3. No Aplica
SI CONTESTO "SI" A LA 14A:
- 14B. ¿Produciste flema con alguna de estas enfermedades del pecho? 1. Si 2. No 3. No Aplica
- 14C. En el último año, cuántos enfermedades con (aumento) de la flema tuviste lo que duró una semana o más? _____ Numero de enfermedades No tales enfermedades
- Comentarios adicionales a las respuestas "Si"

15. SISTEMA RESPIRATORIO

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Asma | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Bronquitis | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Fiebre de Heno | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Otras alergias | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Neumonía | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Cirugía de pecho | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Otros problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
- Tiene:
- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Resfriados frecuentes | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Tos crónica | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Dificultad para respirar al caminar o subir un tramo de escaleras | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
- Usted:
- | | | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Resuella | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Tos con flema | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Fuma cigarros | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ Pacquetes por día _____ Cuantos años |

Fecha: _____

Firma _____