

**NATIONAL OCCUPATIONAL HEALTH SERVICES (NOHS)**  
**6732 East 41<sup>st</sup> Street, Tulsa, OK 74145**

**Voice: 918.794.4777      Fax: 918.794.4778**

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN MÉDICA DE OSHA PARA USO DE RESPIRADORES (VÉASE 29 CFR 1910.134 APÉNDICE C)			
Información general			Entorno de trabajo
¿Puedes leer?  SÍ NO	Fecha de hoy:	Ubicaciones de proyectos	
Su nombre (Imprima claramente):		Edad:	Sexo : (Marque uno) M F
Altura: _____FT _____IN	Peso: _____LBS	Título de trabajo o artesanía	
Número de teléfono:	Mejor momento para llamar:		Duración/Frecuencia del uso del respirador:
Número de Seguro Social:	Empleador/Empresa:		
<b>Tipo de respirador a utilizar:</b> (CIRCULE TODO LO QUE SE APLICA) Desechable 1/2 Cara Cara Completa PAPR Airline SCBA Otro:		<b>Tipos de respiradores usados anteriormente:</b> (CIRCULE TODO LO QUE SE APLICA) DESECHABLE 1/2 Cara Full Face PAPR Aerolínea SCBA Otro:	
Este cuestionario debe utilizarse para determinar si un empleado cumple con los requisitos físicos mínimos para usar un respirador.		¿Entiende que puede ponerse en contacto con el profesional de la salud que revisará este cuestionario durante el horario comercial en el número anterior? Sí No	
Su empleador debe permitirle responder este cuestionario durante las horas normales de trabajo, o en un momento y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener su confidencialidad, su empleador o supervisor no debe mirar, o revisar sus respuestas, y su empleador debe decirle cómo entregar y enviar este cuestionario al profesional de la salud que lo revisará.			

Historial de estado (Marque sí o no para cada pregunta.)					
<b>1. ¿Fuma actualmente o ha fumado tabaco en el último mes?</b> Fumar Desde: ___/___/___ Paquetes por día: ___	Sí	No	<b>4. ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar o pulmonar?</b> A. Dificultad para respirar .	Sí	No
	Sí	No		B. Dificultad para respirar al caminar rápido en el suelo nivelado o hacia arriba una ligera inclinación .	Sí
<b>2. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones?</b> A. Convulsiones (ajustes) . B. Diabetes (enfermedad del azúcar) . C. Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración . D. Gota . E. Claustrofobia (miedo a los lugares cerrados) . . . F. Problemas para oler olores . G. Nariz rota o hueso de la mejilla .	Sí	No	C. Dificultad para respirar al caminar con otras personas a un ritmo normal .	Sí	No
	Sí	No	D. Tener que parar para respirar al caminar a su propio ritmo en terreno nivelado .	Sí	No
	Sí	No	E. Dificultad para respirar al lavarse o vestirse a sí mismo .	Sí	No
	Sí	No	F. Dificultad para respirar que interfiere con el trabajo	Sí	No
	Sí	No	G. Tos que produce flema .	Sí	No
	Sí	No	H. Tos que te despierta temprano en la mañana .	Sí	No
	Sí	No	I. Tos que se produce principalmente cuando usted está acostado .	Sí	No
<b>3. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares o pulmonares?</b> A. Asbestosis . B. Asma . C. Bronquitis crónica . D. Enfisema . E. Neumonía . (Fecha ___/___/___) F. Tuberculosis . (Fecha ___/___/___) G. Silicosis . H. Neumotórax (pulmón colapsado) . I. Cáncer de pulmón . J. Costillas rotas . K. Cualquier lesión o cirugía en el pecho . L. Cualquier otro problema pulmonar del que se le haya hablado .	Sí	No	J. Toser sangre en el último mes .	Sí	No
	Sí	No	K. Sibilancias .	Sí	No
	Sí	No	L. Sibilancias que interfieren con su trabajo . . .	Sí	No
	Sí	No	M. Dolor en el pecho cuando se respira profundamente .	Sí	No
	Sí	No	N. Cualquier otro síntoma que crea que puede estar relacionado con problemas pulmonares .	Sí	No
	Sí	No	<b>En caso afirmativo, describa</b>		
	Sí	No			
	Sí	No			
	Sí	No			
	Sí	No			

<b>En caso afirmativo, describa:</b>					
<b>5. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o cardíacos?</b> A. Ataque cardíaco . (En caso afirmativo, Fecha ___/___/___) B. Trazo . . . (En caso afirmativo, Fecha ___/___/___) C. Angina . D. Insuficiencia cardíaca . (En caso afirmativo, Fecha ___/___/___) E. Hinchazón en las piernas o los pies . F. Arritmia cardíaca . G. Presión arterial alta . H. Cualquier otro problema cardíaco .	Sí	No	<b>En caso afirmativo, describa</b>		
	Sí	No	<b>9. ¿Alguna vez ha perdido la visión en cualquiera de los ojos? . .</b>		
Sí	No	Sí	No		
Sí	No	Sí	No		
Sí	No	Sí	No		
Sí	No	Sí	No		
<b>En caso afirmativo, describa:</b>					
<b>6. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas cardiovasculares o cardíacos?</b> A. Dolor frecuente o opresión en el pecho . B. Dolor o opresión en el pecho durante la actividad física . C. Dolor o opresión en el pecho que interfiere con su trabajo . D. En los últimos dos años, ¿ha notado que su corazón se salta o se pierde un latido . E. Acidez estomacal o indigestión que no está relacionada con comer . F. Hacer que los antiácidos alivien su acidez estomacal o indigestión . G. Cualquier otro síntoma que crea que puede estar relacionado con el corazón o la circulación .	Sí	No	<b>En caso afirmativo, describa:</b>		
	Sí	No	<b>11. ¿Alguna vez ha tenido alguna lesión en las orejas, incluyendo un tímpano roto?</b>		
Sí	No	Sí	No		
Sí	No	Sí	No		
Sí	No	Sí	No		
Sí	No	Sí	No		
<b>En caso afirmativo, describa:</b>					
<b>7. ¿Actualmente toma medicamentos para cualquiera de los siguientes problemas?</b> A. Problemas respiratorios o pulmonares . B. Problemas cardíacos . C. Presión arterial . D. Convulsiones . E. Diabetes .	Sí	No	<b>13. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la espalda? . . . . .</b>		
	Sí	No	<b>14. ¿Tiene actualmente alguno de los ¿Después de problemas musculoesqueléticos?</b>		
Sí	No	Sí	No		
Sí	No	Sí	No		
Sí	No	Sí	No		
Sí	No	Sí	No		
<b>En caso afirmativo, describa:</b>					
<b>8. Si ha utilizado un respirador, ¿ha experimentado alguno de los siguientes problemas?</b> A. Irritación ocular . B. Alergias o erupciones cutáneas . C. Ansiedad . D. Debilidad general o fatiga . E. Cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador .	Sí	No	<b>En caso afirmativo, describa:</b>		
	Sí	No			
Sí	No				
Sí	No				
Sí	No				
Sí	No				
<b>En caso afirmativo, describa:</b>					

Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas anteriores, vea si las secciones de consulta a continuación se aplican a usted. \*\*\*

<b>Un. Solo las personas con <u>diabetes</u> responden a estas preguntas.</b> 1. ¿Toma algún medicamento oral para su diabetes . 2. ¿Toma inyecciones de insulina para su diabetes . 3. ¿Está siguiendo las instrucciones que su médico le ha dado para el cuidado de su diabetes . 4. ¿Usted y su médico consideran su diabetes bajo control . 5. ¿Ha tenido un episodio de bajo nivel de azúcar en sangre en los últimos tres meses . 6. ¿Lleva algún tipo de azúcar con usted en todo momento .	Sí Sí Sí Sí Sí Sí	No No No No No No	<b>B. Solo las personas con <u>presión arterial alta</u> responden a estas preguntas.</b> 1. ¿Ha prescrito su médico medicamentos para la presión arterial . 2. ¿Toma su medicamento para la presión arterial según lo ordenado por su médico . 3. ¿Ha comenzado un nuevo medicamento para la presión arterial en las últimas dos semanas . 4. ¿Se le revisa regularmente la presión arterial .	Sí Sí Sí Sí	No No No No
<b>En caso afirmativo, describa:</b>			<b>En caso afirmativo, describa:</b>		
<b>C. Solo las personas con <u>asma</u> responden a estas preguntas.</b> 1. ¿Ha tenido un ataque de asma durante el año pasado . 2. ¿Toma medicamentos para el asma diariamente . 3. ¿Toma medicamentos para el asma solo cuando tiene un ataque . 4. ¿Ha usado un respirador ya que le han diagnosticado asma . 5. ¿Afectó el respirador su asma . 6. ¿El respirador hizo más difícil respirar .	Sí Sí Sí Sí Sí Sí	No No No No No No	<b>E. Solo las personas con <u>convulsiones</u> responden a estas preguntas.</b> 1. ¿Tiene epilepsia . 2. ¿Su convulsión (en forma) estaba relacionada con una fiebre u otra condición médica, no epilepsia . . . . 3. ¿Ha tenido una convulsión en el último año. 4. ¿Toma medicamentos para convulsiones (ajustes) . . 5. Si toma medicamentos, ¿está tomando como le ordenó su médico . 6. Si ha tenido una convulsión durante el año pasado, ¿cuántas .	Sí Sí Sí Sí _____	No No No No No
<b>D. Solo las personas con <u>dificultad para respirar</u> responden a estas preguntas.</b> 1. ¿Tiene dificultad para respirar sólo durante la actividad física de alto nivel . 2. ¿Has notado por primera vez tu dificultad para respirar en el último año . 3. ¿Considera que su dificultad para respirar es anormal . 4. Cuando le faltan el aliento, tiene mareos, dolor en el pecho o náuseas . 5. ¿Ha usado un respirador desde que experimentó dificultad para respirar . 6. ¿El respirador hizo más difícil respirar .	Sí Sí Sí Sí Sí Sí	No No No No No No	<b>F. Solo las personas con <u>ataques cardíacos</u> responden a estas preguntas.</b> 1. ¿Se trató su ataque cardíaco mediante cirugía a corazón abierto o angioplastia . 2. ¿Se trató su ataque cardíaco con medicamentos sólo . 3. ¿Ha tenido más síntomas o angina de pecho desde el tratamiento . 4. ¿Ha visto a su médico para un chequeo desde su ataque cardíaco . 5. ¿Su médico ha restringido sus deberes de trabajo.	Sí Sí Sí Sí	No No No No
<b>En caso afirmativo, describa:</b>			<b>En caso afirmativo, describa:</b>		

Certifico que respondí a todas las preguntas con precisión y a mi leal saber y entender.	
Firma del empleado	Fecha

**Sólo para uso técnico**

Signos Vitales:

Presión Arterial: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Respirador: \_\_\_\_\_

Timpano: Izquierdo \_\_\_\_\_ Derecho \_\_\_\_\_ Facial Def: \_\_\_\_\_

ID de Técnico de Prueba: \_\_\_\_\_

FVC = \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

FEVI = \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FEVI/FVC = \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Interpretacion = Normal Otra = \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_