

1. Fecha: ____/____/____

2. Nombre: _____

3. Edad: _____

4. Sexo (encierre en un círculo) Masculino / Femenino.

5. Altura: _____ pies _____ pulgadas.

6. Peso: _____ libras.

7. Su ocupación, título o tipo de trabajo: _____

8. Cómo puede ser contactado por el profesional de salud, quien revisará este cuestionario:

9. Si es por teléfono, indique la hora mas conveniente para llamarle a este número (incluya el código de área): _____

10. ¿Le ha informado su patrón como comunicarse con el profesional de salud que va a revisar este cuestionario? (encierre en un círculo su respuesta) Si / No.

11. Anote el tipo de respirador que va utilizar (puede anotar mas de una categoría).

- a. _____ Respirador desechable de clase N, R, o P (mascarilla con filtro, respirador sin cartuchos).
- b. _____ Respirador con cartuchos que cubre media cara (con filtro para partículas, vapor o ambos).
- c. _____ Respirador con cartuchos que cubre la cara completa (con filtro para partículas, vapor o ambos)
- d. _____ Respirador-Purificador de aire accionado por motor (PAPR)
- e. _____ Respirador con auto-suministro de aire propio (SCBA).
- f. _____ Respirador con suministro de aire a través de una manguera (SAR).
- g. _____ Otros tipos.

12. ¿Ha usado algún tipo de respirador? (encierre en un círculo su respuesta) Si / No

Si ha usado equipo protector respiratorio, que tipo(s) ha utilizado:

- a. _____ Respirador desechable de clase N, R, o P (respirador de filtro, respirador sin cartucho).
 - b. _____ Respirador con cartuchos que cubre media cara (con filtro para partículas, vapor o ambos).
 - c. _____ Respirador con cartuchos que cubre la cara completa (con filtro para partículas, vapor o ambos)
 - d. _____ Respirador-Purificador de aire accionado por motor (PAPR)
 - e. _____ Respirador con auto-suministro de aire propio (SCBA).
 - f. _____ Respirador con suministro de aire a través de una manguera (SAR).
 - g. _____ Otros tipos.
-
-

Sección 2. (Obligatorio): Preguntas del 1 al 8 deben ser contestadas por cada empleado que fue seleccionado para usar cualquier tipo de respirador. Encierre en un círculo su respuesta.

- 1. ¿Fuma actualmente, o ha fumado durante el último mes?** Si / No
- 2. ¿Ha padecido usted de las siguientes condiciones médicas?**
- a. Convulsiones (ataques) Si / No
 - b. Reacciones alérgicas que no lo dejan respirar Si / No
 - c. Claustrofobia (miedo de estar en espacios cerrados) Si / No
 - d. Dificultad al oler (excepto cuando ha tenido un resfriado) Si / No /No sé
 - e. Diabetes (azúcar en la sangre):. Si / No /No sé
- 3. ¿Ha padecido usted de los siguientes problemas pulmonares?**
- a. Asbestosis Si / No
 - b. Asma: Si / No
 - c. Bronquitis crónica Si / No
 - d. Enfisema Si / No
 - e. Neumonía Si / No
 - f. Tuberculosis Si / No
 - g. Silicosis Si / No
 - h. Neumotórax (pulmón colapsado) Si / No
 - i. Cáncer en los pulmones: Si / No
 - j. Costillas rotas Si / No
 - k. Lesiones o cirugía en el pecho Si / No
 - l. Algún otro problema de los pulmones que le hayan dicho Si / No
- 4. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?**
- a. Dificultad al respirar: Si / No
 - b. Dificultad al respirar cuando camina rápido sobre terreno plano, una superficie levemente inclinada o subiendo una colina: Si / No
 - c. Dificultad al respirar cuando camina a un ritmo normal con otras personas: Si / No
 - d. Cuando camina normalmente en terreno plano necesita parar para tomar aire: Si / No
 - e. Dificultad al respirar cuando se esta bañando o vistiendo: Si / No
 - f. Dificultad al respirar que le impide trabajar: Si / No
 - g. Tos con flema:(esputo espeso): Si / No
 - h. Tos que lo despierta temprano en la mañana: Si / No
 - i. Tos que ocurre mayormente cuando esta acostado: Si / No
 - j. Ha tosido con sangre en el último mes: Si / No
 - k. Silbido al respirar con dificultad: Si / No
 - l. Silbido al respirar que le impide trabajar: Si / No
 - m. Dolor en el pecho cuando respira profundamente: Si / No
 - n. Algún otro síntomas que crea usted que esta relacionados con los pulmones: Si / No
- 5. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?**
- a. Ataque cardíaco: Si / No

- b. Derrame cerebral o embolia: Si / No
- c. Dolor en el pecho (Angina de pecho): Si / No
- d. Falla del corazón: Si / No
- e. Hinchazón en las piernas o pies (que no sea causado por caminar): Si / No
- f. Latidos irregulares del corazón (arritmia): Si / No / No sé
- g. Alta presión: Si / No / No sé
- h. Algún otro problema cardiovascular o cardíaco que le hayan dicho Si / No

6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?

- a. Dolor o presión frecuente en el pecho: Si / No
- b. Dolor o presión en su pecho durante actividad física: Si / No
- c. Dolor o presión en su pecho que no lo deja trabajar normalmente: Si / No
- d. En los últimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente: Si / No
- e. Agruras o indigestión no ocasionada por la comida: Si / No
- f. Algún otro síntoma que usted piensa son causados por problemas de su corazón o de su circulación Si / No

7. ¿Actualmente está tomando medicamentos para alguno de los siguientes problemas?

- a. Problemas de la respiración o pulmonares: Si / No
- b. Problemas del corazón: Si / No
- c. Alta presión: Si / No
- d. Convulsiones (ataques): Si / No

8. ¿El uso de un respirador le ha causado alguno de los siguientes problemas? (si no ha usado un respirador, deje esta pregunta en blanco y continúe con la pregunta #9).

- a. Irritación de los ojos Si / No
- b. Alergias del cutis o sarpullido Si / No
- c. Ansiedad: Si / No
- d. Agotamiento general o fatiga Si / No
- e. Dificultad al respirar Si / No
- f. Algún otro problema que le impida usar un respirador Si / No

9. ¿Le gustaría hablar con el profesional de salud que revisará sus respuestas sobre este Cuestionario:

Si / No

Las preguntas del 10 al 15 deben ser contestadas por los empleados que han sido seleccionados para usar un respirador con cartuchos, que le cubra la cara completa o un respirador con auto-suministro de aire propio (SCBA). Los empleados que usan otro tipo de respirador las respuestas a estas preguntas son voluntarias.

10. ¿Ha perdido la vista en alguno de sus ojos (temporalmente o permanente)?

Si / No

11. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas con su vista?

- a. Usa lentes de contacto: Si / No
- b. Usa lentes: Si / No
- c. Dificultad para distinguir los colores: Si / No

- d. Tiene algún problema con sus ojos o su vista: Si / No
- 12. ¿Ha tenido alguna vez daño en sus oídos, incluyendo rotura del tímpano?** Si / No
- 13. ¿Actualmente tiene uno de los siguientes problemas con los oídos?**
- a. Dificultad para oír: Si / No
 - b. Usa un aparato para la sordera Si / No
 - c. Tiene algún otro problema con sus oídos o dificultad al escuchar: Si / No
- 14. ¿Se ha dañado o lastimado alguna vez su espalda?** Si / No
- 15. ¿Tiene uno de los siguientes problemas óseos o musculares?**
- a. Debilidad en sus brazos, manos, piernas o pies: Si / No
 - b. Dolor de espalda: Si / No
 - c. Dificultad para mover completamente sus brazos y piernas: Si / No
 - d. Dolor o rigidez al doblar su cintura hacia adelante o hacia atrás: Si / No
 - e. Dificultad para mover completamente su cabeza hacia arriba o hacia abajo: Si / No
 - f. Dificultad para mover completamente su cabeza de lado a lado: Si / No
 - g. Dificultad para doblar sus rodillas: Si / No
 - h. Dificultad para ponerse en cuclillas: Si / No
 - i. Dificultad al subir por escaleras o escalones cargando más de 25 libras Si / No
 - j. Algún otro problema muscular o con sus huesos que le impida usar un respirador: Si / No

A discreción del doctor u otro profesional con licencia en el cuidado de la salud (PLHCP por sus siglas en inglés) si se requiere información adicional para averiguar el estado de salud del empleado y la adaptabilidad de usar protección respiratoria, el PLHCP puede incluir y requerir el cuestionario que se encuentra en el Título 8 del Código de Reglamentos de California, sección 5144, Apéndice C, Parte B, preguntas del 1 al 19.