

# MCMINNVILLE IMMEDIATE HEALTH CARE & OCCUPATIONAL MEDICINE

## Cuestionario de prueba para el empleado sobre el Respirador

**Nota al Patron:** El 8 de enero de 1998, la OSHA publicó su Norma de Protección Respiratoria revisada (29 CFR 1910.134). Todos los empleados deben someterse a una evaluación médica previa a la prueba de ajuste y uso inicial de un respirador. OSHA exige que los patrones seleccionen un médico u otro profesional de salud licenciado para conducir la evaluación médica. Los empleados pueden ser evaluados en un examen físico "práctico" o mediante un cuestionario de evaluación. El cuestionario

debe realizarse en forma confidencial (no se permite que los partones vean las preguntas del cuestionario) y en un lugar y momento conveniente para el empleado. OSHA también exige que los patrones obtengan recomendaciones escritas del médico u otro profesional médico licenciado indicando si el empleado puede, desde el punto de vista médico, usar un respirador.

**Nota:** Si sus empleados han sido evaluados desde el 8 de abril de 1997, usted podrá usar los resultados de esa evaluación,

siempre que cumpla con los nuevos requisitos de OSHA.

Este cuestionario incluye las preguntas obligatorias requeridas por OSHA de los empleados que van usar cualquier respirador. Si un empleado responde SÍ a cualquiera de las preguntas de la Sección 2, excepto la última pregunta se deberá someter a un examen físico.

La Sección 3 de este cuestionario incluye preguntas adicionales obligatorias para los empleados que usan respiradores de máscara completa o SCBAs.

**Compania:** \_\_\_\_\_

### Sección 1

(Al empleado): ¿Sabe leer?  Sí  No

\_\_\_\_\_  
*Fecha de hoy*

\_\_\_\_\_  
*(Cargo en su trabajo)*

\_\_\_\_\_  
*Su nombre*

\_\_\_\_\_  
*Su*

\_\_\_\_\_  
*Dirección*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de*

\_\_\_\_\_  
*nacimiento*

\_\_\_\_\_  
*(Edad) (Sexo: masculino o femenino)*

Estatura \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas

Peso \_\_\_\_\_ lbs

\_\_\_\_\_  
*(Teléfono, incluyendo código de larga distancia)*

¿Le ha dicho su patrón cómo puede ponerse en contacto con el profesional de salud que evaluará este cuestionario?  Sí  No

\_\_\_\_\_  
**Indique todos los tipos de respiradores que usará. (Si tiene dudas, pregunte a su supervisor.)**

- Respirador desechable N, R o P (máscara con filtrador facial, sin cartucho únicamente)
- Otro tipo (tales como caretas que cubren parcial o totalmente la cara, con purificador de aire de poder, o aparatos de respiración autónomos- (SCBA)

Alguna vez ha usado un respirador?  Sí  No  
Si su respuesta es "Sí", ¿de qué tipos?

### Sección 2

¿Actualmente fuma usted, o ha fumado en el último mes?  Sí  No

\_\_\_\_\_  
**¿Alguna vez ha padecido de alguna de las siguientes condiciones?**

- Ataques  Sí  No
  - Diabetes  Sí  No
- (enfermedad de azúcar)*

# MCMINNVILLE IMMEDIATE HEALTH CARE & OCCUPATIONAL MEDICINE

## Cuestionario de prueba para el empleado sobre el Respirador

- Reacciones alérgicas que afecten su respiración  Sí  No
- Claustrofobia (miedo a estar en lugares cerrados)  Sí  No
- Dificultad para percibir olores  Sí  No

con problemas pulmonares  Sí  No

---

### ¿Alguna vez ha padecido de alguno de los siguientes problemas pulmonares?

- Asbestosis  Sí  No
- Asma  Sí  No
- Bronquitis crónica  Sí  No
- Enfisema  Sí  No
- Pulmonía  Sí  No
- Tuberculosis  Sí  No
- Silicosis  Sí  No
- Cáncer del pulmón  Sí  No
- Neumotórax (pulmón colapsado)  Sí  No
- Costillas rotas  Sí  No
- Cirugía o lesiones en el pecho  Sí  No
- Cualquier otro problema pulmonar del cual usted tenga conocimiento  Sí  No

---

### ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?

- Ataque al corazón  Sí  No
- Derrame cerebral  Sí  No
- Angina de pecho  Sí  No
- Hinchazón en sus pies o piernas (no provocado por caminar)  Sí  No
- Arritmia cardíaca (el corazón late irregularmente)  Sí  No
- Alta presión  Sí  No
- Cualquier otro problema cardiaco que se le haya diagnosticado  Sí  No

---

### ¿Alguna vez ha tenido usted alguno de los siguientes síntomas de enfermedades del corazón o cardiovascular?

- Dolor o sensación de estrechez frecuentes en el pecho  Sí  No
- Dolor o sensación de estrechez en el pecho durante actividad física  Sí  No
- Dolor o sensación de estrechez en el pecho que interfiere con su trabajo  Sí  No
- Durante los "últimos dos años ha notado que su corazón se brinca un latido"  Sí  No
- Acidez o indigestión no relacionadas con comer  Sí  No
- Otros síntomas que puedan estar relacionados con problemas cardíacos o circulatorios  Sí  No

---

### ¿En la actualidad, ¿padece usted de alguno de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar?

- Le falta el aire  Sí  No
- Le falta el aire al caminar rápido en terreno plano o al subir cuevas  Sí  No
- Le falta el aire al caminar con otros a un ritmo normal en terreno plano  Sí  No
- Tiene que detenerse para recuperar la respiración cuando camina a su propio ritmo en terreno plano  Sí  No
- Le falta el aire al vestirse o asearse  Sí  No
- Le falta el aire e interfiere con el desempeño de su trabajo  Sí  No
- Tos que produce flemas (secreciones mucosas o espesas)  Sí  No
- Tos que le despierta temprano en la mañana  Sí  No
- Tos que ocurre predominantemente cuando está acostado  Sí  No
- Tos con sangrado durante el último mes  Sí  No
- Jadeo o dificultad par respirar  Sí  No
- Jadeo o dificultad para respirar que interfiere con su trabajo  Sí  No
- Dolor en el pecho cuando respira profundo  Sí  No
- Cualesquiera otros síntomas que usted crea puedan estar relacionados

---

### En la actualidad, ¿toma usted medicamento para alguno de los siguientes problemas?

- Problemas pulmonares o respiratorios  Sí  No
- Problemas cardíacos  Sí  No
- Presión sanguínea  Sí  No
- Ataques  Sí  No

---

### Si usted ha usado respiradores, ¿alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas?

- Ojos irritados  Sí  No
- Alergias o ronchas en la piel  Sí  No
- Fatiga o debilidad general  Sí  No
- Cualquier otro problema que interfiere con su uso del respirador  Sí  No
-

**MCMINNVILLE IMMEDIATE HEALTH CARE &  
OCCUPATIONAL MEDICINE**

**Cuestionario de prueba para el empleado sobre el Respirador**

¿Le gustaría hablar sobre algunas de sus  
respuestas con el profesional de salud que  
revisará este cuestionario?       Sí  No

---

*(Nombre del empleado: letra de molde)*

**MCMINNVILLE IMMEDIATE HEALTH CARE &  
OCCUPATIONAL MEDICINE**

**Cuestionario de prueba para el empleado sobre el Respirador**

**Preguntas adicionales para empleados que usarán respiradores que cubren totalmente la cara y/o SCBAs.**

**Nota para el patrón:** Las siguientes preguntas son obligatorias de acuerdo con el Estándar de Protección Respiratorio revisado de OSHA (29CFR 1910.134) para empleados que usarán respiradores de cobertura facial completa o unidades de respiración autónoma (SCBAs). Estas preguntas deben contestarse además de las preguntas contenidas en la Sección 1 y la Sección 2 de este cuestionario. Si sus empleados muestran indicios de problemas músculo-esqueléticos o algún otro problema que afectara su uso de un SCBA, asegúrese de que obtengan un examen médico de seguimiento.

**Sección 3**

**¿Alguna vez ha perdido la vista en cualquiera de sus ojos (temporal o permanentemente)?**

Sí  No

**¿Padece actualmente de alguno de los siguientes problemas de la vista?**

- Usa lentes de contacto  Sí  No  
Usa anteojos  Sí  No  
No distingue colores  Sí  No  
Cualquier otro problema ocular o de la vista  Sí  No

**¿Alguna vez ha padecido de lesiones a su oído, incluyendo rotura del tímpano?**  Sí  No

**¿Padece actualmente de alguno de los siguientes problemas del oído?**

- Dificultad para oír  Sí  No  
Usa un audífono  Sí  No  
Cualquier otro problema para escuchar o del oído  Sí  No

**¿Alguna vez ha tenido una lesión de la espalda?**  Sí  No

**¿Padece actualmente de alguno de los siguientes problemas músculo-esqueléticos?**

- Debilidad en cualquiera de sus brazos, piernas, manos o pies  Sí  No  
Dolor en la espalda  Sí  No  
Dificultad para mover brazos o piernas totalmente  Sí  No  
Dolor o falta de flexibilidad en la cintura cuando se inclina hacia adelante o atrás  Sí  No  
Dificultad para mover totalmente su cabeza hacia arriba o abajo  Sí  No  
Dificultad para mover totalmente su cabeza de lado a lado  Sí  No  
Dificultad para doblar las rodillas  Sí  No  
Dificultad para ponerse en cuclillas  Sí  No  
Dificultad para subir un piso de escalones o escalera cargando más de 25 libras  Sí  No  
Cualquier otro problema muscular o esquelético que interfiera con el uso de un respirador  Sí  No

\_\_\_\_\_  
(Nombre del empleado: letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Firma del empleado)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Por favor puede fax el cuestionario a **503-883-5831** o lo puede enviar:

**McMinnville Immediate Health Care & Occupational Medicine  
207 NE 19<sup>th</sup> Street, Suite 102  
McMinnville OR 97128**