



EVALUACIÓN MÉDICA DE RESPIRADOR CUESTIONARIO (SPANISH MED EVAL OF RESPIRATOR)

Complemento C para Sección 1910.134: OSHA Evaluación Médica de Respirador Cuestionario (obligatorio)

Para el empleador de respuestas a las preguntas en la sección 1 y a la pregunta 9 en la sección 2 parte un, no requieren un examen médico.

Al empleado:

Puede usted leer (círculo uno): 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 informarle cómo entregar o enviar este cuestionario para la atención de la salud profesional que a revisarlo.

La parte a. sección 1 (Mandatory) la siguiente información debe ser proporcionada por cada empleado que ha sido seleccionada para utilizar cualquier tipo de respirador (por favor imprimir)

1. La fecha de hoy: _____
2. Su nombre: _____
3. Su edad (año a más cercano): _____
4. Sexo (círculo uno): Masculino / Femenino
5. Su altura: _____ ft. _____ in.
6. Su peso: _____ lbs.
7. El título del trabajo: _____
8. Un número de teléfono donde usted puede ser alcanzado por el profesional del cuidado de la salud que revisa este cuestionario (inclir el Código de área): _____
9. El mejor momento para que le de teléfono en este número: _____
10. Ha su empleador de cómo ponerse en contacto con el profesional de atención de salud que revisará este questionnaire (círculo uno): Sí / No
11. Comprobar el tipo de respirador que se va a utilizar (puede verificar más, a continuación, una categoría respirator:
 - A. _____ N, R o P desechables (mascara de filtro, tipo de cartucho no solo).
 - B. _____ Otro tipo (por ejemplo, medio o complete-facepiece purificar, suministrado tipo, powered-air, aparatos de respiración autónomo).
12. Ha desgastado un respirador (círculo uno): Sí / No Si "sí", ¿qué



EVALUACIÓN MÉDICA DE RESPIRADOR CUESTIONARIO (SPANISH MED EVAL OF RESPIRATOR)

En la parte A. Sección 2 (obligatorio) preguntas 1 aa 9 a continuación deben ser respondidas por cada motive que ha sido seleccionada para utilizar cualquier tipo de respirator (por favor, no círculo "sí" o "no")

1. No le currently humo tabaco, ni han fumado tabaco en el ultimo mes: Sí / No
2. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones?
 - a. Convulsiones (ajustes): Sí / No
 - b. Diabetes (enfermedad de azúcar): Sí / No
 - c. Reacciones alérgica que interfieren con su respiración: Sí / No
 - d. Claustrophobia (miedo de cerrado en lugares): Sí / No
 - e. Trouble oler olores: Sí / No
3. ¿Ha tenido cualquiera de los siguientes pulmonares o problemas pulmonares?
 - a. Asbestosis: Sí / No
 - b. Asma: Sí / No
 - c. Bronquitis crónica: Sí / No
 - d. Enfisema: Sí / No
 - e. Neumonía: Sí / No
 - f. Tuberculosis: Sí / No
 - g. Silicosis: Sí / No
 - h. Neumotórax (pulmón colapsado): Sí / No
 - i. Cáncer de pulmón: Sí / No
 - j. Costillas rotas: Sí / No
 - k. Lesiones de pecho ni surgeries: Sí / No
 - l. Cualquier otros problemas pulmonares que la has han dicho acerca de: Sí / No
4. ¿Actualmente tiene cualquiera de los siguientes síntomas de pulmonar o enfermedad pulmonary?
 - a. Dificultad para respirar: Sí / No
 - b. Falta de aliento cuando rápido caminar sobre un nivel de tierra o caminar hasta una colina leve o inclinación: Sí / No
 - c. Falta de aliento al caminar a su propio ritmo en un terreno nivelado: Sí / No
 - d. Dificultad para respirar cuando se camina a su propio ritmo, en un terreno nivelado: Sí / No
 - e. Dificultad para respirar cuando lavado o vestirse usted mismo: Sí / No
 - f. Dificultad para respirar que interfers con su trabajo: Sí / No
 - g. Tos que produce flema (esputo de pensar): Sí / No
 - h. Tos que despierte temprano en la mañana: Sí / No
 - i. Tos que occurs en su mayoría cuando usted está acostado: Sí / No
 - j. Tos con sangre en ese mes las: Sí / No
 - k. Sibilancias: Sí / No
 - l. Sibilancias que interfers con su trabajo: Sí / No
 - m. Dolor en el pecho y luego respirar profundamente: Sí / No
 - n. Cualquier otro síntoma que usted cree puede estar relacionado con problemas pulmonares: Sí / No
5. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes cardiovasculares o problemas. Del corazón?
 - a. Ataque al corazón: Sí / No
 - b. Trazo: Sí / No
 - c. Angina: Sí / No
 - d. Insuficiencia cardiac: Sí / No
 - e. Infamación en las piernas o los pies (no causadas por caminar): Sí / No
 - f. Arritmia del corazón (venciendo a irregular del corazón): Sí / No
 - g. Presión arterial alta: Sí / No
 - h. Any other problemas de corazón que ha dicho acerca de: Sí / No
6. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes cardiovasculares o síntomas cardíacos?



EVALUACIÓN MÉDICA DE RESPIRADOR CUESTIONARIO (SPANISH MED EVAL OF RESPIRATOR)

- a. Dolor frecuente o de opresión en el pecho: Sí / No
- b. Dolor o opresión en el pecho durante la actividad física: Sí / No
- c. El dolor o la opresión en el pecho que interfiere con su trabajo: Sí / No
- d. En los últimos dos años, tiene usted notado tu corazón omitiendo o falta un beat: Sí / No
- e. Acidez estomacal o indigestion que no esté relacionado a comer: Sí / No
- f. Los otros síntomas que usted cree pueden estar relacionados con problemas de corazón o de circulación: Sí / No
7. ¿Actualmente tomar medicación para cualquiera de los siguientes problemas?
- a. Problemas respiratorios o pulmonary: Sí / No
- b. Problemas de corazón: Sí / No
- c. La presión sanguine: Sí / No
- d. Incautaciones (ajustes): Sí / No
8. Si ha utilizado un respirador, ¿ha tenido cualquiera de los siguientes problemas? (Si nunca ha utilizado un respirador, compruebe el espacio siguiente y vaya a la pregunta 9):
- a. Irritación ocular: Sí / No
- b. La piel alergias o erupciones cutáneas: Sí / No
- c. Ansiedad: Sí / No
- d. Debilidad general o fatiga: Sí / No
- e. Los otros problemas que interfiere con el uso de un respirador: Sí / No
9. ¿Le gustaría hablar con la atención de la salud profesional que revisará este cuestionario acerca de sus respuestas a este cuestionario? Sí / No
- Deben ser resondidas las preguntas 10 a 15 por cada empleado que ha sido seleccionado para que utilice un respirador de full facepiece o un aparato de respiración autónoma (SCBA). Para los empleados que han sido seleccionados utilizar otros tipos de respiradores, responder a estas preguntas es voluntaria.
10. Usted nunca perdieron vision en ambos ojos (de forma temporal o permanente): Sí / No
11. ¿Actualmente tiene cualquiera de los siguientes problemas de vision?
- a. El desgaste de lentes de contacto: Sí / No
- b. Desgaste de gafas: Sí / No
- c. Ciego de color: Sí / No
- d. Los otros problemas de vision o el ojo: Sí / No
12. ¿Alguna vez ha tenido una lesion a sus oídos, incluyendo un tímpano roto: Sí / No
13. ¿Actualmente tiene cualquiera de los siguientes problemas de audición?:
- a. Dificultades de audición: Sí / No
- b. Desgaste de un problema de audición ayuda: Sí / No
- c. Cualquier otro oído o escuchar: Sí / No
14. ¿Alguna vez ha tenido una lesion en la espalda: Sí / No
15. ¿Do you actualmente tiene cualquiera de los siguientes problemas musculoesqueléticos?
- a. Debilidad en cualquier o los brazos, manos, piernas, pies: Sí / No
- b. Dolor de espalda: Sí / No
- c. Batán mover sus brazos y piernas: Sí / No
- d. Dolor o rigidez al inclinarse hacia delante o hacia atrás en la cintura: Sí / No
- e. Dificultad Batán moviendo su cabeza hacia arriba o hacia abajo: Sí / No
- f. Dificultad para mover plenamente a la cabeza de lado a lado: Sí / No
- g. Plegado en sus rodillas: Sí / No
- h. Dificultad en cuclillas al suelo: Sí / No
- i. Un vuelo de escalares o una escalera llevando más de escalada de dificultad a continuación, 25 libras: Sí / No
- j. Cualquier otro músculo o problema esquelético que interfiere con el uso de un respirador: Sí / No