



## Cuestionario de Evaluación Médica del Respirador

Parte A, Secciones 1 y 2 (cobertura total de la cara y respiradores automáticos SCBA), Parte B

### Al empleado:

Este cuestionario es sólo para ser distribuidos y completado por individuos que son competentes en lectura y escritura en español.

Su supervisor debe permitirle responder este cuestionario durante las horas normales de trabajo o en un momento y lugar que sea conveniente para usted. Su supervisor no está permitido ver o revisar sus respuestas. Para mantener su confidencialidad, por favor envíe sus respuestas directamente a los profesionales de servicios médicos licenciados a: WorkPartners 2122 S. El Camino Real, Ste. 100, Oceanside, CA 92054.

Esta evaluación es **obligatoria** para determinar su capacidad para usar un respirador. Sus respuestas se mantendrán confidenciales. Después de una revisión de sus respuestas, el profesional médico autorizado puede en algunos casos recomendar que usted reciba un examen físico para completar su evaluación. Una vez que haya recibido autorización médica para usar un respirador, usted y su supervisor recibirá notificación de su aprobación.

### PARTE A. SECCIÓN 1. (POR FAVOR IMPRIMA)

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Su edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

Altura: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas Peso: \_\_\_\_\_ libras

Título de trabajo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono donde le pueda llamar el profesional médico que revisara este cuestionario:

\_\_\_\_\_ La mejor hora para llamarle a este número: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿ Le ha indicado su empleador la manera de comunicarse con el profesional de atención médica que revisará su cuestionario? (marque uno) ..... Sí  No

Marque el tipo de respirador que usted usará (puede marcar más de una categoría):

- Respirador desechable N, R, o P (mascara con filtro, del tipo sin cartucho).
- Respirador de otro tipo por ejemplo, diseñado para cobertura total ó parcial de la cara con purificador de aire mecanizado, con inyección de aire, aparato respirador automático).

¿Ha utilizado usted un respirador alguna vez? (marque uno) ..... Sí  No

Si responde "Sí", ¿Qué tipo(s) de respirador(es), son? \_\_\_\_\_

**PARTE A. SECCIÓN 2. (OBLIGATORIA)**

1. ¿Usted actualmente fuma tabaco o ha fumado tabaco en el último mes?.....  No  Sí
- Si la respuesta es sí, ¿cuántos cigarrillos fuma al día? \_\_\_\_\_
  - ¿Cuántos años lleva fumando? \_\_\_\_\_
2. ¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones?
- a. Convulsiones (ataques).....  No  Sí
- Si la respuesta es sí, ¿qué año fue diagnosticado? \_\_\_\_\_
  - ¿Sigue teniendo dificultades debido a esta condición?  No  Sí
  - Si la respuesta es sí, por favor explique \_\_\_\_\_
- b. Diabetes (enfermedad del azúcar).....  No  Sí
- Si la respuesta es sí, ¿qué año fue diagnosticado? \_\_\_\_\_
  - ¿Sigue teniendo dificultades debido a esta condición?  No  Sí
  - Si la respuesta es sí, por favor explique \_\_\_\_\_
- c. Reacciones alérgicas que interfieren con la respiración.....  No  Sí
- d. Claustrofobia (miedo de estar en lugares cerrados).....  No  Sí
- e. Problemas para oler.....  No  Sí
3. ¿Ha tenido cualquiera de los siguientes problemas pulmonares o con los pulmones?
- a. Asbestosis.....  No  Sí
- b. Asma.....  No  Sí
- c. Bronquitis crónica.....  No  Sí
- d. Enfisema.....  No  Sí
- d. Pulmonía.....  No  Sí
- e. Tuberculosis.....  No  Sí
- f. Silicosis.....  No  Sí
- g. Neumotórax (pulmón colapsado).....  No  Sí
- i. Cáncer de los pulmones.....  No  Sí
- j. Costillas quebradas.....  No  Sí
- k. Lesiones en el pecho o cirugías.....  No  Sí
- l. Cualquier otro problema de cual le han dicho .....  No  Sí
- Si respondió si a cualquiera condición, por favor indique la condición y el año que fue diagnosticado/a CONDICION \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_
  - ¿Sigue teniendo dificultades debido a esta condición?  No  Sí
  - Si la respuesta es sí, por favor explique \_\_\_\_\_

**PARTE A. SECCIÓN 2. (OBLIGATORIA)**

---

4. ¿Tiene **actualmente** alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?
- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Dificultad para respirar.....  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| b. Dificultad para respirar cuando camina rápido en terreno plano o caminar hasta una pequeña inclinación.....                                      | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| c. Falta de aliento al caminar con otras personas a un ritmo normal en terreno plano  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| d. Tiene que parar para respirar al caminar a su propio ritmo en terreno plano.....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| e. Dificultad para respirar cuando se baña o se viste .....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| f. Dificultad para respirar que interfiere con su trabajo.....  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| g. Tos con flema.....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| h. Tos que lo despierte temprano en la mañana .....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| i. Tos que ocurre cuando este acostado/a.....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| j. Tosiendo sangre en el último mes .....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| k. Respiración silbante .....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| l. Respiración silbante que interfiere con su trabajo .....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| m. Dolor en el pecho cuando respira profundamente .....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| n. Cualquier otro síntoma que cree que puede estar relacionada con problemas pulmonares .....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ▪ ¿Has visto a un médico por alguna de las condiciones pulmonarias mencionadas previamente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |                             |                             |
| ▪ Si la respuesta es sí, ¿cuándo fue la última vez que fue al médico? _____   |                             |                             |

**PARTE A. SECCIÓN 2. (OBLIGATORIA)**

5. ¿**Alguna vez ha tenido** alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o cardíacos?

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Ataque cardíaco.....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| b. Ataque cerebrovascular/Embolia.....                                  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| c. Dolor en el pecho .....  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| d. Insuficiencia cardíaca.....  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| e. Inflamación en las piernas o los pies (no causadas por caminar)..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| f. Arritmia del corazón ( latido de corazón irregular) .....            | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| g. Hipertensión arterial.....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| h. Cualquier otro problema del corazón.....                             | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
- Si respondió si a cualquiera condición, por favor indique la condición y el año que fue diagnosticado/a \_\_\_\_\_

- ¿Sigue teniendo dificultades debido a esta condición?  No  Sí
- Si la respuesta es sí, por favor explique \_\_\_\_\_

6. ¿**Alguna vez ha tenido** alguno de los siguientes síntomas del corazón o cardiovasculares?

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Dolor o presión frecuente en el pecho .....  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| b. Dolor o presión en el pecho durante actividad física .....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| c. Dolor o presión en el pecho que interfiere con su trabajo .....  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| d. En los últimos dos años, ha notado su corazón saltar o perder el ritmo.....                                | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| e. Acidez o indigestión que no está relacionado con comer .....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| f. Cualquier otro síntoma que crea que pueda estar relacionado con problemas cardíacos o de circulación ..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

- ¿Has visto a un médico por alguna de las condiciones cardiovasculares o cardíacos previamente?  No  Sí
- Si la respuesta es sí, ¿cuándo fue la última vez que fue al médico? \_\_\_\_\_

7. ¿**Actualmente** toma medicamentos para cualquiera de los siguientes problemas?

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Problemas respiratorios o pulmonares..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| b. Problemas del corazón.....                | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| c. Presión arterial.....                     | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| d. Convulsiones (ataques) .....              | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

Si toma medicamentos, porfavor indique los siguiente

- Medicamento(s): \_\_\_\_\_
- Con que frecuencia se toma los medicamentos: \_\_\_\_\_
- Ultima vez que se tomó su medicamento: \_\_\_\_\_

8. ¿Si ha usado un respirador, **alguna vez ha tenido** alguno de los siguientes problemas?  
(Si nunca ha usado un respirador, marque la siguiente casilla y vaya a la pregunta 9)

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Irritación del ojo .....  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| b. Alergias o sarpullido de la piel .....                                  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| c. Ansiedad.....   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| d. Debilidad o fatiga .....  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| e. Cualquier otro problema que interfiere con el uso de un respirador..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

9. ¿Quiere hablar con el profesional médico que revisará este cuestionario acerca de sus respuestas? .....

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
|-----------------------------|-----------------------------|



Las siguientes preguntas del 10–15 son obligatorias para los trabajadores seleccionados para utilizar los respiradores de cobertura total/parcial ó respiradores automáticos respirator (SCBA). Para los empleados seleccionados para utilizar cualquier otro tipo de respirador, las respuestas son voluntarias.

- ¿Alguna vez usted ha perdido la visión en cual(es) quiera ojo(s)
10. (temporal ó permanente)? \_\_\_\_\_ Sí  No
11. ¿Tiene usted *actualmente* ninguno de los siguientes problemas de la vision?
- a. Utiliza lentes de contacto \_\_\_\_\_ Sí  No  c. Ciego para los colores \_\_\_\_\_ Sí  No
- b. Utiliza lentes \_\_\_\_\_ Sí  No  d. Cual quiera otro problema de la visión \_\_\_\_\_ Sí  No
12. ¿Alguna vez se ha lesionado sus oídos, incluyendo ruptura del tambor? \_\_\_\_\_ Sí  No
13. ¿Tiene usted *actualmente* alguno de los siguientes problemas para oír?
- a. Dificultad para oír \_\_\_\_\_ Sí  No  c. Algún otro problema para oír ó del oído \_\_\_\_\_ Sí  No
- b. Utiliza un audífono \_\_\_\_\_ Sí  No
14. ¿Se ha lesionado alguna vez su espalda? \_\_\_\_\_ Sí  No
15. ¿Tiene usted *actualmente* ninguno de los siguientes problemas de los músculos del esqueleto?
- a. Debilidad en ninguno de sus brazos, manos, piernas, ó pies \_\_\_\_\_ Sí  No
- b. Dolor de espalda \_\_\_\_\_ Sí  No
- c. Dificultad para mover completamente sus brazos ó piernas \_\_\_\_\_ Sí  No
- d. Dolor ó rigidés en la cintura cuando se inclina hacia adelante ó hacia atrás \_\_\_\_\_ Sí  No
- e. Dificultad para mover completamente su cabeza hacia arriba ó hacia abajo \_\_\_\_\_ Sí  No
- f. Dificultad para mover completamente su cabeza de un lado hacia el otro lado \_\_\_\_\_ Sí  No
- g. Dificultad al doblar las rodillas \_\_\_\_\_ Sí  No
- h. Dificultad al agacharse hasta el suelo \_\_\_\_\_ Sí  No
- i. Subir la escalera del avión ó una escalera cargando un peso de 25 libras \_\_\_\_\_ Sí  No
- j. Ninguno otro músculo ó problema del esqueleto que interfiera cuando utiliza un respirador \_\_\_\_\_ Sí  No

**Parte B.** Ninguna de las siguientes y otras preguntas que no están en la lista pueden añadirse al cuestionario a la discreción del profesional al cuidado de la salud quién revisará el cuestionario.

1. En su trabajo presente, ¿ Está usted trabajando a una altitud mayor de 5,000 pies ó en un lugar que tiene oxígeno más bajo que las cantidades normales? ..... Sí  No

Si dice "Sí", usted se siente mareado, le falta la respiración, latidos en su pecho, ú otros síntomas cuando está trabajando bajo estas condiciones? ..... Sí  No

2. En el trabajo ó en la casa, usted se ha expuesto alguna vez a solvents peligrosos, químicos en el aire peligrosos (por ejemplo, gases, humos, ó polvos), ó su piel ha estado en contacto con químicos peligrosos? ..... Sí  No

Si dice "Sí", nombre los químicos si usted los conoce: \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez usted ha trabajado con ninguno de los materials ó bajo ninguna de las condiciones de la lista de abajo?

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| a. Asbestos _____   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | f. Carbono (por ejemplo, en las minas) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| b. Silicón (por ejemplo, explosión de arena) _____                              | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | g. Hierro _____                              | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| c. Tungsteno/cobalto (por ejemplo, pulverizando ó soldando este material) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | h. Estaño _____                              | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| d. Berilio _____  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | i. Medio ambiente de polvo _____             | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| e. Aluminio _____   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | j. Ninguna otra exposición peligrosa         | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Si dice "Sí", describa estas exposiciones: \_\_\_\_\_

4. Enumere otro(s) segundo trabajo ó negocio(s) que tiene \_\_\_\_\_

5. Enumere su(s) ocupación(es) anteriores \_\_\_\_\_

6. Enumere su(s) anterior(s) ó actual(es) distracción(es) \_\_\_\_\_

7. ¿Ha estado en el servicio militar? \_\_\_\_\_ Sí  No

Si dice "Sí," ¿Dónde fue expuesto a químicos/agents biológicos? (En combate ó en entrenamiento? \_\_\_\_\_) Sí  No

8. ¿Ha trabajado alguna vez en un equipo de HAZMAT? \_\_\_\_\_ Sí  No

9. Además de medicinas para la respiración y problemas de los pulmones, del corazón, presión alta, y ataques mencionados al principio de este cuestionario, ¿Está tomando medicinas por alguna otra razón? (Incluyendo medicinas compradas en el mostrador?) \_\_\_\_\_ Sí  No

Si dice "Sí," escriba el nombre de las medicinas si usted las conoce. \_\_\_\_\_

10. ¿Usted utilizará alguno de los siguientes objetos con el respirador?

- |   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| a. Filtros de HEPA _____                          | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | c. Cartuchos _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| b. Latas (por ejemplo, mascararas de gases) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                    |   |

11. ¿Qué tan seguido se espera que use el respirador(es)? Conteste todas las respuestas que le corresponda

- |   |   |                                      |   |
|---|---|--------------------------------------|---|
| a. Escaparse solamente (No rescate) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | d. Menos de 2 horas por semana _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| b. Rescate de emergencia solamente _____  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | e. 2 a 4 horas por día _____         | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| c. Menos de 5 horas por semana _____      | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | f. Más de 4 horas por día _____      | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

## Parte B continuación

12. Durante el período que usted está usando el respirador(s) ¿Cómo es su esfuerzo de trabajo?

a. *Liviano (Menos de 200-300 kcal por hora)* ..... Sí  No

Si dice "Sí," ¿Cuánto tiempo dura este período durante el cambio promedio? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

Ejemplos de trabajo de esfuerzo liviano son: estar sentado mientras escribe, mecanografía, dibujar, ó hacer trabajos livianos de asamble, ó estar de pie cuando opera un taladro de presión (1-3 libras) ó controlando máquinas.

b. *Moderado (200 to 350 kcal por hora)*? ..... Sí  No

Si dice "Sí," ¿Por cuánto tiempo dura este período durante el cambio promedio? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

Ejemplos de trabajo de esfuerzo moderados son: estar sentado clavando ó archivando; manejando un camión/bus en tráfico de la ciudad; estar de pie mientras clava, archiva, ó hace trabajo de emsamble, ó traslada un peso moderado (35 libras) a nivel de la cajuela; caminar en una superficie plana aproximadamente a 2 millas por hora ó bajar a 5 grados aproximadamente a 5 millas por hora; ó empujar un carro del jardín con cargamento de peso fuerte (100 libras) en una superficie plana.

c. *Pesado (arriba de 350 kcal por hora)*? ..... Sí  No

Si dice "Sí," ¿Por cuánto tiempo dura este período durante el cambio promedio? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

Ejemplos de trabajo pesado son: Levantar una carga pesada (Aprox. 50 libras) desde el piso hasta la cintura ó a los hombres; trabajar en un muelle cargando/descargando; hechar con la pala; estar de pie mientras pone ladrillos ó astillar/fundir piezas; caminar para arriba de 8 grados aproximadamente a 2 millas por hora; subir escaleras con un cargamento pesado ( aproximadamente de 50 libras)

13. ¿Utilizará ropa protective y/ó equipo? (Otro además del respirador) cuando esté usando el respirador? ..... Sí  No

Si dice "Sí," describa esta ropa y/ó equipo protector. \_\_\_\_\_

14. ¿Trabjará bajo temperatures calientes ( Temperaturas que exceden 77 grados F? ..... Sí  No

15. ¿Trabjará bajo condiciones de húmed ? ..... Sí  No

16. Describa el trabajo que desempeñará mientras esté utilizando el respirador. \_\_\_\_\_

17. Describa cualquier condición especial ó de peligro que usted pueda haber encontrado cuando estaba usando el respirador(s) por ejemplo, lugares restringidos, vida en peligro, gases. \_\_\_\_\_

18. Proporcionar la siguiente información, si usted la conoce, por cada substancia tóxica a la cual usted fue expuesto cuando usted estaba usando el respirador(s).

(A) Nombre la primera substancia tóxica: \_\_\_\_\_

Calcule la cantidad máxima expuesto/a a nivel de horario de trabajo \_\_\_\_\_

Duración de la exposición por el horario de trabajo: \_\_\_\_\_

(B) Nombre la segunda substancia tóxica: \_\_\_\_\_

Calcule la cantidad máxima expuesto/a a nivel de horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Duración de la exposición por el horario de trabajo: \_\_\_\_\_

(C) Nombre la tercera substancia tóxica: \_\_\_\_\_

Calcule la cantidad máxima expuesto/a a nivel de horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Duración de la exposición por el horario de trabajo: \_\_\_\_\_

El nombre de las otras substancias tóxicas que usted estuvo expuesto mientras estaba usando el respirador: \_\_\_\_\_



**Parte B continuación**

19. Describir cualquier responsabilidad que tuvo cuando estaba usando el respirador(s) que podría afectar la seguridad y el bienestar de otros (por ejemplo, rescate, seguridad)

---

---

---

**COMENTARIOS: EXPLIQUE CUALQUIERA RESPUESTA "SI" QUE NO FUE DISCUTIDA. DESCRIBA SÍNTOMAS O CONDICIONES QUE PODRÍAN INTERFERIR CON SU CAPACIDAD DE USAR UN RESPIRADOR EN FORMA SEGURA Y EFECTIVA.**

---

---

---

---

---

Por favor, firme su nombre indicando que las respuestas que usted ha proporcionado son verdaderas y correctas a lo mejor de su conocimiento.

---

Firma

---

Fecha

**CLINICIAN USE ONLY**

Cleared to use a respirator.

Not cleared to use a respirator.

Clinician Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Clinician Signature: \_\_\_\_\_