



Cuestionario de Evaluación Médica del Respirador

Parte A, Secciones 1 y 2 -- Llene totalmente las Secciones 1 y 2 por favor.

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

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: _____