

Determinación Médico para poder usar respirador

Apéndice C: Cuestionario de Evaluación Médico obligado por la OSHA. Parte 29 CFR 1910.134

Para el empleado: Su patrón debe dejarlo responder estas preguntas durante horas de trabajo o en un tiempo y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener este cuestionario confidencial, su patrón o supervisor no debe ver o revisar sus respuestas. Su patrón debe informarle a quien dar o enviar este cuestionario para ser revisado por un profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado.

Parte A. Sección 1. (Mandatorio) La siguiente información debe de ser proveída por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (escriba claro por favor).

Compañía _____ Locación _____ Fecha _____

Primero _____ Segundo _____ Apellido _____

Número de teléfono _____ Mejor hora para llamar Mañana Tarde Noche

Masculino Femenino Altura: _____ pies _____ pulgadas Peso: _____ libras Edad _____

Su ocupación (marque lo que corresponda):

Hojalatero Pintor Detallista Mecánico Otra: _____

Tipo de respirador que usa (marque lo que corresponda):

Polvo Cartucho para purificar aire (media o completa) Manguera con soplador (PAPR) Aire suplido

Duración y frecuencia que tiene que usar el respirador

Raramente De vez en cuando (2-4x a semana) Diario ¿Cuántas de horas al día? _____

¿Durante el tiempo de usar el respirador, su trabajo es...?

Ligerero (trabajo de oficina) Moderado (cadena de montaje) Pesado (construcción) Agotado (bombero)

¿Cuáles son los extremos a los que serás expuesto durante el trabajo?

Temperatura _____ Humedita _____

¿Ha usado algún tipo de respirador? En caso afirmativo, ¿qué tipo?

Sí No Tipo: _____

¿Le ha informado su patrón como comunicarse con el profesional de sanidad con licencia que va a revisar?

Sí No

Si quieres hablar con el médico que revisa este cuestionario, por favor llame al 800-619-9733.

Firma de empleado _____

Lo siguiente debe ser completado por un profesional médico

- No restricciones sobre el uso de respirador como se indica No se le permite usar respirador
 Necesita la aprobación de un profesional médico local Asimienta médica, necesitan más datos
 Uso limitado de acuerdo a las siguientes: _____

LHCP Nombre _____ Teléfono _____

LHCP Firma _____ Fecha _____

Favor de enviar a:
GMG EnviroSafe
1621 Kildeer Dr.
Round Lake Beach, IL 60073
Fax: 847-740-1635

Parte A. Sección 2. (Mandatorio): Preguntas del 1 al 9 deben ser contestadas por cada empleado que fue seleccionado a usar cualquier tipo de respirador. Marque con un círculo para indicar sus repuestas.

1. ¿Corrientemente fuma tabaco, o ha fumado tabaco durante el último mes?	Sí	No
2. ¿Ha tenido algunas de las siguientes condiciones médicas?		
a. Convulsiones:	Sí	No
b. Diabetes (azúcar en la sangre):	Sí	No
c. Reacciones alérgicas que no lo deja respirar:	Sí	No
d. Claustrofobia (miedo de estar en espacios cerrados):	Sí	No
e. Dificultad oliendo excepto cuando ha cogido un resfriado:	Sí	No
3. ¿Ha tenido algunas de los siguientes problemas pulmonares?		
a. Asbestosis:	Sí	No
b. Asma:	Sí	No
c. Bronquitis crónica:	Sí	No
d. Enfisema:	Sí	No
e. Pulmonía:	Sí	No
f. Tuberculosis:	Sí	No
g. Silicosis:	Sí	No
h. Neumotórax (pulmón colapsado):	Sí	No
i. Cáncer en los pulmones:	Sí	No
j. Costillas quebradas:	Sí	No
k. Injuria o cirugía en el pecho:	Sí	No
l. Algún otro problema de los pulmones que le ha dicho su médico:	Sí	No
4. ¿Corrientemente tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?		
a. Respiración dificultosa:	Sí	No
b. Respiración dificultosa cuando camina rápido sobre terreno plano o subiendo una colina:	Sí	No
c. Respiración dificultosa cuando camina normalmente con otras personas sobre terreno plano:	Sí	No
d. ¿Cuándo camina normalmente en terreno plano se encuentra corto de resuello?	Sí	No
e. Respiración dificultosa cuando se está bañando o vistiendo:	Sí	No
f. Respiración dificultosa que lo impide trabajar:	Sí	No
g. Tos con flema:	Sí	No
h. Tos que lo despierta temprano en la mañana:	Sí	No
i. Tos que ocurre cuando esta acostado:	Sí	No
j. Ha tosido sangre en el último mes:	Sí	No
k. Silbar o respirar con mucha dificultad:	Sí	No
l. Silbar que lo impide trabajar:	Sí	No
m. Dolor del pecho cuando respira profundamente:	Sí	No
n. Otros síntomas que crea usted estar relacionados a los pulmones:	Sí	No
5. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas con el corazón?		
a. Ataque cardiaco:	Sí	No
b. Ataque cerebrovascular:	Sí	No
c. Dolor en el pecho:	Sí	No
d. Falla de corazón:	Sí	No
e. Hinchazón en las piernas o pies (que no sea por caminar):	Sí	No

Favor de enviar a:
GMG EnviroSafe
1621 Kildeer Dr.
Round Lake Beach, IL 60073
Fax: 847-740-1635

f. Latidos irregulares del corazón:	Sí	No
g. Alta presión:	Sí	No
h. Algún otro problema cardiovascular o cardíaco:	Sí	No
6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas causados por su corazón?		
a. Dolor de pecho frecuente o pecho apretado:	Sí	No
b. Dolor o pecho apretado durante actividad física:	Sí	No
c. Dolor o pecho apretado que no lo deja trabajar normalmente:	Sí	No
d. En los últimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente:	Sí	No
e. Dolor en el pecho o indigestión que no es relacionado a la comida:	Sí	No
f. Algunos otros síntomas que usted piensa ser causado por problemas de su corazón o de su circulación:	Sí	No
7. ¿Está tomando medicina por algunos de los siguientes problemas?		
a. Respiración dificultosa:	Sí	No
b. Problemas del corazón:	Sí	No
c. Alta presión:	Sí	No
d. Convulsiones:	Sí	No
8. ¿Le ha causado alguno de los siguientes problemas usando el respirador? (si no ha usado un respirador, deje esta pregunta en blanco y continúe con pregunta 9).		
a. Irritación de los ojos:	Sí	No
b. Alergias del cutis o sarpullido:	Sí	No
c. Ansiedad que ocurre solamente cuando usa el respirador:	Sí	No
d. Debilidad, falta de vigor o fatiga desacostumbrada:	Sí	No
e. Algún otro problema que le impida utilizar su respirador:	Sí	No
9. ¿Le gustaría hablar con el profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado que revisara este cuestionario acerca de sus respuestas?	Sí	No