

Evaluación Médica para usar el Respirator

¿Para qué sirve?

Este cuestionario se usa para determinar si usted está en condiciones médicas para usar un respirador. No es una evaluación de su salud física en general, sino un análisis de la información que usted nos ha dado.

¿Porqué se necesita?

OSHA requiere que llene esta evaluación médica para determinar que no haya contraindicación médica para usar un respirador o máscara de despolvo.

¿Qué hago con este cuestionario?

Llene la parte arriba de la página #1 y las páginas 2 al 3 por completo. Al terminar de llenarlo, póngalo en un sobre sellado y envíelo por correo a:

**EnviroSafe
1621 Kildeer Dr
Round Lake Beach, IL 60073**

¿Luego, qué pasa?

El cuestionario será repasado únicamente por un profesional médico, licenciado. O sea: Liscensed Health Care Profesional (LHCP).

Si surgen preguntas o inquietudes, el LHCP se pondrá en contacto con usted para hablar sobre el problema. A veces puede que se necesite una nota o aprobación de su médico particular en caso de que el LHCP no pueda completar la evaluación basada en la información a la mano.

Una vez que se ha determinado que usted no tiene problemas de salud que le prohíban usar un respirador, una carta de aprobación, se le mandará al manager del taller.

¿Quién podrá mirar o leer este cuestionario?

Esta información es confidencial. Y solo será repasado por un profesional médico, licenciado, o sea un LHCP.

¿Más preguntas? Póngase en contacto con: EnviroSafe al (800) 619-9733.

Determinación Médica para poder usar Respirador

Apéndice C a la Sec. 1910.134: (Mandatorio) Cuestionario OSHA (la agencia de seguridad y salud ocupacional) de Evaluación para el uso de Respiradores

Parte A. Sección 1. (Mandatorio) La información que sigue debe ser contestada por cada empleado que ha sido escogido para usar cualquier tipo de respirador. (favor de usar letra de imprenta).

Al empleado: Si usted puede leer, (circule uno): So o No.

El patrón tiene que permitirle contestar este cuestionario durante horas laborables, o a una hora y sitio donde le conviene a usted . Para mantener la confidencialidad, el patrón o supervisor no debe ver ni revisar las respuestas, y debe informarle a quien entregarlo o mandarlo para ser revisado por un professional medico.

Fecha: _____

Empleador/Lugar: _____

Empleado: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Hombre** _____ **Mujer** _____

Número de teléfono para comunicarse: _____ (incluya el código del area)

La hora mejor para comunicarse con este número: _____

Su estatura: _____ pies _____ pulgadas.

Su peso: _____ lbs.

Responsabilidades en el trabajo:

Bodyman _____ Pintor _____ Detallista _____ Mecánico _____ Otro (sea específico) _____

Tipo de Respirator(es) que usa:

Máscara de polvo _____

Cartucho para purificar aire, media cara o cara completa _____

Purificación de aire con poder _____

Aire suplido (manguera deaire) _____

Duración y frecuencia que tiene que usar el respirador:

Diariamente _____ Cuantas de horas al día _____

De ves en cuando pero mas de una ves a la semana _____

Raramente o solo en casos de emergencia _____

El tipo de esfuerzo físico que espera ejercer al usar el respirador:

Leve (como trabajo de secretaría) _____

Moderado (como tarea de ensamblaje) _____

Pesado (como construcción) _____

Riguroso (como apagar incendios) _____

Extremos de:

Temperatura _____

Humedad _____

Completado por _____ **Título** _____ **Teléfono:** _____

Lo siguiente debe ser completado por un professional médico

Ningún tipo de restricción en el uso del respirador nombrado arriba. _____

Uso limitado a las instrucciones escritas mas abajo _____

No se le permite usar respirador _____.

Necesita la aprobación de un professional médico _____

Suspensión temporal por causa médica, en espera de mas información _____

Limitaciones:

Nombre del professional médico en letra de imprenta: _____

Firma: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

Distribución: al patrón, al archivo de EnviroSafe y al empleado

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

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

| | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Corrientemente fuma tabaco, o ha fumado tabaco durante el ultimo mes? | Sí | No |
| 2. ¿Ha tenido algunas de las siguientes condiciones medicas? | | |
| a. Convulsiones: | Sí | No |
| b. Diabetes (azucar en la sangre): | Sí | No |
| c. Reacciones alergicas 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 cronica: | Sí | No |
| d. Emfisema: | Sí | No |
| e. Pulmonía: | Sí | No |
| f. Tuberculosis: | Sí | No |
| g. Silicosis: | Sí | No |
| h. Neumotorax (pulmon colapsado): | Sí | No |
| i. Cáncer en los pulmones: | Sí | No |
| j. Costillas quebradas: | Sí | No |
| k. Cirujía en el pecho: | Sí | No |
| l. Algun otro problema de los pulmones que le ha dicho su medico: | 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 rapido sobre terreno plano o subiendo una colina: | Sí | No |
| c. Respiración dificultosa cuando camina normalmente con otras personas sobre terreno plano: | Sí | No |
| d. Cuando camina normalmente en terreno plano se encuentra corto de resuello? | Sí | No |
| e. Respiración dificultosa cuando se esta bañando o vistiendo: | Sí | No |
| f. Respiración dificultosa que lo impede 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 ultimo mes: | Sí | No |
| k. Silbar o respirar con mucha dificultad: | Sí | No |
| l. Silbar que lo impede 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:
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. Algun otro problema cardio-vascular 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. ¿Esta tomando medicina por alguno 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. Alérgias 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. Algun otro problema que le impida utilizar su respirador: | Sí | No |
| 9. ¿Le gustaria hablar con el profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado que revisara este cuestionario acerca de sus respuestas? | Sí | No |