

OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE 1  
RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION CERTIFICATION

NOMBRE DE COMPANIA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ # DE EMPLEADO \_\_\_\_\_ TITULO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY WHILE WEARING RESPIRATOR (CHECK ONE)

\_\_\_ LIGERAMENTE      \_\_\_ MODERADO      \_\_\_ PESADO      \_\_\_ INSOPORTABLE

USO DE RESPIRADOR 1. TODOS LOS DIAS \_\_\_ HORAS DE MI \_\_\_ TURNO DE TRABAJO

2. OCASIONALMENTE, \_\_\_ HORAS EN UNA SEMANA DE 40 HORAS

3. RARO USO DE EMERGENCIA NADA MAS \_\_\_\_\_.

EXPOSICION REQUIRIENDO USO DE RESPIRADORES \_\_\_\_\_

MEDICAL EVALUATOR: Sunil K. Saini, MD

After reviewing the medical history, job description, type of respirator, frequency of use, potential exposures, and any additional information (PFT test results), it is my opinion that:

\_\_\_ The employee is medically qualified to wear a respirator without limitation

\_\_\_ The employee is NOT medically qualified to wear a respirator and IHPM will provide a copy of the evaluation results to the employee.

\_\_\_ The employee is medically qualified to wear a respirator, however, further medical evaluation is indicated within the following parameters:

\_\_\_\_\_

\_\_\_ The employee may only wear a respirator with the following limitation(s):

\_\_\_\_\_

Signature of Reviewing Physician

Date

Cleared Medical Evaluation expires 1yr from above date

RESPIRATOR TYPE/MFG. \_\_\_\_\_ MODEL \_\_\_\_\_ SIZE \_\_\_\_\_

RESPIRATOR FIT TESTING QUALITATIVE \_\_\_ Bitrex Smoke QUANTITATIVE \_\_\_\_\_

Training & Maint: Passed \_\_\_ Failed \_\_\_ Respirator Fit: Passed \_\_\_ Failed \_\_\_\_\_

He recibido el entrenamiento en el uso, las limitaciones, el ajuste y el mantenimiento en los respiradores indicados arriba. Entiendo que si tengo cualesquier pregunta ahora o en el futuro con respecto a esta información, yo entraré en contacto con a mi supervisor.

Firma de Empleado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

EMPLOYEE MUST PASS ALL OF THE ABOVE REQUIREMENTS AND MUST BE OBSERVED WHILE WEARING HIS/HER RESPIRATOR TO ASSURE THAT THERE ARE NO SIGNS OF DISTRESS FOR RESPIRATOR/RESPIRTORY PROTECTION CLEARANCE.

PROGRAM COORDINATOR

## OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE

Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

El cuestionario siguiente es una forma asignada por mandato del OSHA (Occupational Safety and Health Administration). Desafortunadamente, debido al un tamaño cabe estándar del respirador de OSHA de all\*, algunas preguntas puede parecer inadecuadas para el trabajo que usted hace. Por favor procure responder todas las preguntas a lo mejor de su capacidad y entre en contacto con su departamento de seguridad si usted tiene alguna pregunta.

Al patrón: Respuestas a las preguntas en la sección 1, y a la pregunta 9 en la sección 2 de la parte A, no requieren una examinación médica.

Para el empleado::

Puede leer? (Circule uno):                      SI              NO

Su patrón debe permitir que usted conteste a este cuestionario durante horas de funcionamiento normales, o a la vez y el lugar que le es conveniente. Para mantener su secreto, su patrón o el supervisor no debe mirar o repasar sus respuestas, y su patrón debe decirle cómo entregar o enviar este cuestionario al profesional del cuidado médico que lo reparará.

**CUANDO TERMINE, TRAIGA POR FAVOR ESTA FORMA A SU CITA MÉDICA O REMÍTALA A SU DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD SI ESTÁ SOLICITADO. UN SOBRE SE HA PROPORCIONADO PARA SU USO. SI OTRO SOBRE ES NECESARIO ENTRE EN CONTACTO CON SU DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD.**

Sección 1 de la parte A. (Obligatorio) la información siguiente se debe proporcionar por cada empleado que se ha seleccionado utilizar cualquier tipo de respirador (por favor impresión)

1. Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

2. Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Su Edad: \_\_\_\_\_

4. Sexo (circule uno)                      Masculino / Femenia

5. Su Altura en pulgada: \_\_\_\_\_ in.

6. Su Peso en libras: \_\_\_\_\_ lbs.

7. Tipo de empleo: \_\_\_\_\_

8. Un Numero de telefono donde se le pueda llamar ( incluyendo la area ): \_\_\_\_\_

9. La hora mas apropiada para llamarle a este numero: \_\_\_\_\_

10. Le ha informado su empleador como contactar al profesional medico que revisara su cuestionario? ( circule uno ):

SI       NO

11. Marque el tipo de respirador que usted usa en el trabajo ( puede circular mas de uno):

a. N, R, or P disposable respirator ( filter-mask, non -cartridge type only)

b. Other type ( for example, half- or full- fullpiece type, powered-air purifying, supplied-air, self- contained breathing apparatus).

12. Ha usado un respirador (circule uno):              SI              NO

“SI,” que clase(s): \_\_\_\_\_

Part A. Section 2 (Mandatorio) Las preguntas de 1 a 9 deben the ser respuestas por todos los empleados que han sido seleccionados para usar cualquier clase de respirador ( Circule \* SI\* o \*NO\*).

1. Actualmente fuma tabbaco o ha fumado tabbaco en el mes pasado?     SI               NO

2. Ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

a. Convulsiones:     SI               NO

b. Diabetis (enfermedad de azucar):                       SI               NO

c. Reacciones alergicas que interfieren con su respiracion.     SI               NO

d. Claustrophobia (miedo de lugares cerrados)  SI               NO

e. Problema distinguiendo olores     SI               NO

3. Ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonarios?

a. Asbestosis:     SI               NO

b. Asthma:     SI               NO

c. Bronquitis cronica     SI               NO

d. Enfisema:     SI               NO

e. Pulmonia:     SI               NO

f. Tuberculosis:     SI               NO

g. Silicosis:     SI               NO

h. Pneumothorax (pulmón derrumbado):                       SI               NO

i. Cancer de pulmon:     SI               NO

j. Costillas quebradas     SI               NO

k. Alguna lecion or sirugia del pecho:                       SI               NO

l. Algun otro problema de pulmones que usted sepa?     SI               NO

4. Tiene actualmente uno de los siguientes síntomas de las enfermedades pulmonares o del pulmón?

a. Dificultad al respirar:     SI               NO

b. Dificultad respiratoria cuando camina de prisa en en suelo nivelado:     SI               NO

## OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE

- c. Dificultad respiratoria cuando camina con otra gente con el corazon o circulacion:  SI  NO  
a paso normal en suelo nivelado:  SI  NO
- d. Necesita parar para tomar aliento cuando camina normalmente en suelo nivelado:  SI  NO
- e. Dificultad al respirar cuando se lava o cambia de ropa:  SI  NO
- f. Dificultad o falta de respiracion que interfiere con su trabajo:  SI  NO
- g. Tos que produce flema (esputo grueso)  SI  NO
- h. Sufre de episodios de tos que lo despierta en la mañana en la mañana  SI  NO
- i. Tos que ocurre cuando esta acostado  SI  NO
- j. Tosiendo sangre en el mes pasado:  SI  NO
- k. Respiracion que silva:  SI  NO
- l. Respiracion que Suena o silva e interfiere con su trabajo:  SI  NO
- m. Dolor de pecho cuando respire profundo:  SI  NO
- n. Algun otro sintoma que usted crea sea relacionado con problemas de los pulmones:  SI  NO
7. Actualmente toma medicacion para alguno de los siguientes problemas?  
a. Problemas para respirar o de pulmones:  SI  NO  
b. Problemas del corazon:  SI  NO  
c. Presion alta:  SI  NO  
d. Convulsiones:  SI  NO
8. Si usted ha usado un respirador, o ha tenido alguno de los siguientes problemas?(Si usted nunca ha usado un respirador, marque la caja y siga con la pregunta numero 9  
Nunca he usado un respirador -----
- a. Irritacion de los ojos:  SI  NO  
b. Alergias o salpullido en la piel:  SI  NO  
c. Ansiedad:  SI  NO  
d. Debilidad o fatiga:  SI  NO  
e. Algun otro problema que interfiera con el uso de su respirador.  SI  NO
9. Quisiera hablar con el profesional médico que repasará este cuestionario sobre sus respuestas a este cuestionario?  
 SI  NO

**5. Alguna vez a tenido alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o problemas con el corazon**

- a. Ataque al corazon  SI  NO
- b. Derrame  SI  NO
- c. Dolor de pecho  SI  NO
- d. Fallas del corazon  SI  NO
- e. Inchason en las piernas o pies (no causadas por caminar)  SI  NO
- f. Latido irregular del corazon  SI  NO
- g. Presion alta  SI  NO
- h. Algun otro problema con el corazon que usted sepa  SI  NO

**6. Alguna vez a tenido alguno de los siguientes problemas Cardiovasculare o sintomas del corazon**

- a. Dolor o tension en el pecho  SI  NO
- b. Dolor o tension en le pecho Caudo hace una actividad fisica  SI  NO
- c. Dolor o tension en le pecho que interfiere con su trabajo  SI  NO
- d. En los pasados dos anos a notado si el ritmo De su corazon es constante o omite latidos  SI  NO
- e. Acidos o indigestion que no sea relacionado con la comida  SI  NO
- f. Algun otro problema que usted crea eta relacionado

Las preguntas 10 a 15 abajo se deben de contestar por cada empleado seleccionado para utilizar un respirador de cara llena o un aparato respiratorio autónomo (SCBA) . Para los empleados que se han seleccionado utilizar otros tipos de respiradores, contestar a estas preguntas es voluntario.

10. Ha perdido la vista en cualquiera de sus ojos ( temporalmente o permanente ):  SI  NO
11. Tiene alguno de los siguientes problemas de vista?  
a. Usa lentes de contacto:  SI  NO  
b. Usa lentes:  SI  NO  
c. No puede distinguir colores:  SI  NO  
d. Algun problema del ojo o vision:  SI  NO
12. Ha tenido una lesion en sus oidos, incluyendo un timpano roto?  SI  NO
13. Tiene alguno de los siguientes problemas del oido?  
a. Dificultad de oir:  SI  NO  
b. prótesis de oído (aparato para oir):  SI  NO  
c. Algun otro problema de oir:  SI  NO
14. Ha tenido problemas de espalda?  SI  NO
15. Tiene alguno de los siguiente problemas demusculo/esqueletal?  
a. Debilidad en cualquiera de sus manos, Brazos, piernas, o pies:  SI  NO

## OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE

- b. Dolor de espalda:  SI  NO
- c. Dificultad en mover completamente sus brazos y piernas:  SI  NO
- d. Dolor o tiesura cuando se inclina para Adelante o atras en la cintura:  SI  NO
- e. Dificultad en mover su cabeza completamente Arriba o abajo?:  SI  NO
- f. Dificultad en mover su cabeza completamente De lado a lado:  SI  NO
- g. Dificultad en doblar sus rodillas:  SI  NO
- h. Dificultad en agacharse al piso:  SI  NO
- i. Dificultad subiendo a escalones o una escalera Cargando ms de 25 libras:  SI  NO
- j. Algun otro problema de musculos o esqueleto Que pueda impedir el uso de unrespirador:  SI  NO

Parte B Alguna de las siguientes preguntas, y otras preguntas no enumeradas, se pueden agregar al cuestionario en la discreción del medico profesional que repasará el cuestionario.

1. En su trabajo actual, está trabajando en altitudes (sobre 5.000 pies) o en un lugar que tiene más bajo de cantidades normales de oxígeno?  SI  NO

Si es "SI," tiene alguna sensaciones de vértigos, falta de respiración, pecho agitado o de otros síntomas cuando usted está trabajando bajo estas condiciones?  SI  NO

2. En el trabajo o en su casa, ha estado expuesto a solventes peligrosos, productos químicos aerotransportados peligrosos (e.g., gases, humos, o polvo) o tiene contacto de piel con los productos químicos peligrosos:  SI  NO

"SI," nombre por favor los productos químicos si usted los sabe:

---



---

3. Ha trabajado con alguno de los materiales, o bajo alguna de las siguientes condiciones:

- a. Asbesto:  SI  NO
- b. Silica:  SI  NO
- c. Tungsteno/cobalto:  SI  NO
- d. Berilio:  SI  NO
- e. Aluminio:  SI  NO
- f. Carbón:  SI  NO
- g. Acero:  SI  NO
- h. Lata:  SI  NO
- i. Ambientes polvorientos:  SI  NO
- j. Alguna otras exposiciones peligrosas:  SI  NO

"SI," describa sus exposiciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Enumere cualesquier segundos trabajos o negocio lateral que usted tenga.
- 

5. Enumere sus trabajos anteriores \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. Enumere sus manías actuales y anteriores, que pudieran implicar la exposición al polvo, humos o gases. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. Ha estado en el Servicio Militar?  SI  NO

"SI," fue expuesto a agentes biológicos o químicos en el entrenamiento o combate?:  SI  NO

8. Ha trabajado con un equipo de HAZMAT?:  SI  NO

9. ¿Con excepción de las medicaciones para los problemas de la respiración y del pulmón, apuro del corazón, la presión arterial, y los asimientos, enumerados arriba, está tomando otras medicaciones (que incluyen el excedente - las medicaciones contrarias) por alguna razón?

SI  NO

"SI," lista de medicaciones. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10. Utilizara alguno de los siguientes articulos con su respirador?

- a. Filtros HEPA?:  SI  NO
- b. Frascos (e.g. caretas antigás):  SI  NO
- c. Cartuchos:  SI  NO

11. ¿Cuántas veces se espera que utilice los respiradores (círculo "SI" o "no" para todas las respuestas que se aplican a usted)? :

- d. Escape solamente (no rescate):  SI  NO
- e. Rescate de emergencia solamente:  SI  NO
- f. Menos de 5 horas por semana:  SI  NO
- g. Menos de 2 horas al día:  SI  NO
- h. 2 a 4 horas al día:  SI  NO
- i. Sobre 4 horas por día:  SI  NO

11. Durante el período usted está utilizando los respiradores, es su esfuerzo deltrabajo: A. ligero B. Moderado o C. Pesado (lea las siguientes descripciones que describen Ligero, Moderado, Pesado antes de contestar).

- A. Ligero (menos de 200 kcal por hora):  SI  NO

## OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE

¿"SI," cuanto tiempo este período dura durante su cambio de trabajo?

Horas \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_

Los ejemplos de un esfuerzo ligero del trabajo son : sentando mientras que escriben mecanografian, bosquejando o realizando el trabajo de asamblea ligero

B. Moderado (200 a 350 kcal por hora):  SI  NO

¿"SI," cuanto tiempo este período dura durante su cambio de trabajo?

Horas \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_

Ejemplo de esfuerzo moderado del trabajo: está sentando mientras que clava o archiva, conducir un carro o un autobús en tráfico urbano; estando parado mientras que perfora, clava, y realizando el trabajo de asamblea o transfiriendo una carga moderada (cerca de 35 libras.) en el nivel del tronco; el caminar en una superficie del nivel cerca de 2 mph o traga un grado de 5 grados cerca de 3 mph; o empujando una carretilla con una carga pesada (cerca de 100 libras.) en una superficie del nivel..

C. Pesado ( arriva de 350 kcal por hora )  SI  NO

¿"SI," cuanto tiempo este período dura durante su cambio de trabajo?

Horas \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_

El ejemplo del trabajo pesado es levantando una carga pesada (cerca de 50 libras.) del piso a su cintura u hombro; trabajo en un muelle de cargamento; traspaleo; estando parado mientras que levanta ladrillos o saltan los bastidores; caminando encima de un grado de 8 grados cerca de 2 mph; escaleras que suben con una carga pesada (cerca de 50 libras.).

11. Usa ropa protectora y/o el equipo (con excepción del respirador) cuando usa su respirador?  SI  NO

SI," describa el equipo protector y/o la ropa.

\_\_\_\_\_

12. Trabaja bajo condiciones calientes?  
¿(temperatura que excede 77° F)?  SI  NO

13. Trabaja bajo condiciones húmedas?  SI  NO

14. Describa su trabajo cuando utiliza su respirador (es)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Describa cualquier condición especial o peligrosa que usted pudiera encontrarse cuando usa sus respiradores (por ejemplo, los espacios confinados o los gases peligrosos para la vida).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Describa cualquier condición especial o peligrosa que usted pudiera encontrarse cuando usa su respiradores (por ejemplo, los espacios confinados o los gases peligrosos para la vida).

Nombre de la primera sustancia tóxica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nivel de exposición máxima estimada por turno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Duración de la exposición por cambio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la segunda sustancia tóxica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nivel de exposición máxima estimada por turno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Duración de la exposición por cambio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la tercera sustancia tóxica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nivel de exposición máxima estimada por turno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Duración de la exposición por cambio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Describa cualquier responsabilidad especial que usted tenga mientras que usa sus respiradores que puedan afectar la seguridad y el bienestar de otros (por ejemplo, rescate o seguridad). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CUANDO TERMINE. TRAIGA POR FAVOR ESTA FORMA A SU CITA MÉDICA O REMÍTALA A SU DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD SI ESTÁ SOLICITADO. UN SOBRE SE HA PROPORCIONADO PARA SU USO. SI OTRO SOBRE ES NECESARIO ENTRE EN CONTACTO CON SU DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD.**

**NO SELLE POR FAVOR EL SOBRE.**