

# Cuestionario de Evaluación Médico obligado por la OSHA (Obligatorio)

(Para ser llenado por el empleado)

Nota para el empleador: respuestas a las preguntas en la sección 1 y a la pregunta 9 en la sección 2 de la parte A no requieren un examen médico. Si el empleado requiere ayuda con este cuestionario, por favor complete el siguiente:  
Empleador asistido por: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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 como entregar o enviar este cuestionario para ser revisado por un profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado.

## Parte A. Sección 1. (Obligatorio) La siguiente información debe de ser proveida por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador

Fecha:	Nombre:
Edad:	Su sexo : <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino
Altura: _____pies _____pulgadas.	Peso: _____ libras
Titulo o tipo de trabajo:	
Número de teléfono al donde pueda ser llamado por un profesional de sanidad con licencia que revisara este cuestionario (incluya el área):	
Indique la hora mas conveniente para llamarle a este numero: : _____AM _____PM	
¿Le ha informado su patrón como comunicarse con el profesional de sanidad con licencia que va a revisar este cuestionario? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

### NOTA: La siguiente información está disponible de su empleador.

Anote el tipo de equipo protector respiratorio que va utilizar (puede anotar mas de una categoría)	Respirador disponible de clase N,R, o P (respirador de filtro mecánico, repirador sin cartucho) Máscara de media cara con cartucho químico Mascarilla facial con cartucho químico Máscara con manguera con soplador (PAPR) Máscara con manguera sin soplador (SAR) Aparato respiratorio autónomos (SCBA) Otros (especificar)_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Cuál es el peso aproximado del respirador que va a utilizar?			
Describir el trabajo que va a hacer mientras usa un respirador:			
¿Aproximadamente con que frecuencia utilizara el respirador?			
¿Aproximadamente cuanto tiempo estara usando el respirador?			
¿Qué otro equipo de protección personal usara junto con el respirador?			
Describir los extremos de temperatura y humedad que se experimenta al usar el respirador.			

**Parte A. Seccion 2. (Obligatorio): Preguntas del 1 al 9 deben ser contestadas por cada empleado que fue seleccionado a usar cualquier tipo de respirador. (por favor marcar "Si" or "no")**

1. ¿Actualmente fuma tabaco?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
a. ¿Ha fumado tabaco durante el ultimo mes?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Ha tenido algunas de las siguientes condiciones medicas?		
a. ¿ Convulsiones?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿En los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Está bajo el cuidado de un medico para las convulsiones?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Las convulsiones estan bajo control?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Diabetes (azucar en la sangre)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Está bajo el cuidado de un medico para la diabetes?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Su diabetes esta bajo control?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Cómo controla su diabetes? _____ dieta _____ ejercicio _____ inyección _____ pastilla		
c. ¿Reacciones alergicas que no lo deja respirar?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
d. ¿Claustrofobia (miedo de estar en espacios cerrados)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Usar un respirador le causa claustrofobia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
e. ¿Dificultad oliendo olores?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Ha tenido algunas de los siguientes problemas pulmonares?		
a. ¿Asbestosis?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Asma?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha recibido tratamiento en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Actualmente está tomando cualquier medicamento contra el asma?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Bronquitis cronica?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
d. ¿Enfisema?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
e. ¿Neumonía?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Están actualmente recibiendo tratamiento para la neumonía?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Se ha resuelto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
f. ¿Tuberculosis?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha recibido tratamiento?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Se ha resuelto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
g. ¿Silicosis?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
h. ¿Neumotorax (pulmon colapsado)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha recibido tratamiento?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Se ha resuelto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
i. ¿Cáncer en los pulmones?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
j. ¿Costillas quebradas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha recibido tratamiento?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Se ha resuelto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
k. ¿Lesion o cirugía en el pecho?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha recibido tratamiento?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Se ha resuelto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
l. ¿Algun otro problema de los pulmones que le ha dicho su medico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

<b>4. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?</b>		
a. ¿Dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Dificultad para respirar cuando camina rapido sobre terreno plano o subiendo una colina?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Dificultad para respirar cuando camina normalmente con otras personas sobre terreno plano?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
d. ¿ Tiene que parar para respirar cuando camina a su propio ritmo en terreno plano?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
f. ¿Dificultad para respirar cuando se esta bañando o vistiendo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
g. ¿ Dificultad para respirar que le impede trabajar?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
h. ¿Tos con flema?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
i. ¿Tos que lo despierta temprano en la mañana?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
j. ¿Tos que ocurre cuando esta acostado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
k. ¿Ha tosido sangre en el ultimo mes?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
l. ¿Silbar o respirar con mucha dificultad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
m. ¿Silbar que le impede trabajar?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
n. ¿Dolor en el pecho cuando respira profundamente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
n. ¿Otros síntomas que crea usted estar relacionados con los pulmones?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>5. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas con el corazón?</b>		
a. ¿Ataque cardiac?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de su ataque al corazón? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Ataque cerebrovascular?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿En caso afirmativo, su medico le ha autorizado realizar un trabajo que requiera un respirador?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
d. ¿Falla de corazón?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
e. ¿Hinchazón en las piernas o pies (que no sea por caminar)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
f. ¿Latidos irregulares del corazón?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
g. ¿Alta presión?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Está bajo el cuidado un medico para la presión arterial alta?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Su presión arterial esta bajo control con medicamentos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
h. ¿Algun otro problema cardio-vascular del que usted este enterrado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas causados por su corazón?</b>		
a. ¿Dolor de pecho frecuente o pecho apretado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Dolor o pecho apretado durante actividad fisica?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Dolor o pecho apretado que no lo deja trabajar normalmente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
d. ¿En los ultimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Has visto un medico para esta condición?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Su médico le ha autorizado realizar un trabajo que requiera un respirador?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
e. ¿Dolor en el pecho o indigestion que no este relacionado a la comida	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
f. ¿Cualquier otro sintoma que usted piense que puede estar relacionado con problemas del corazon o circulacion? (describa):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

<b>7. ¿Esta tomando medicina por alguno de los siguientes problemas?</b>		
a. ¿ Problemas respiratorios o pulmonares?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Problemas del corazón?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Alta presión?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
d. ¿Convulsiones?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
e. ¿Diabetes (inyección o pastilla)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>8. ¿Le ha causado alguno de los siguientes problemas usando el respirador? (si no ha usado un respirador, marque aquí _____ y continuar con pregunta 9.</b>		
a. ¿ Irritación de los ojos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿ Alergias del cutis o sarpullido?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿ Ansiedad que ocurre solamente cuando usa el respirador?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
d. ¿ Debilidad, falta de vigor o fatiga desacostumbrada?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
e. ¿ Algun otro problema que le impida utilizar su respirador?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si ha usado equipo protector respiratorio, que tipo(s) ha utilizado:		
<b>9. ¿Le gustaria hablar con el profesional de salud que revisara este cuestionario sobre sus respuestas?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<p><b>LEA ATENTAMENTE:</b> Preguntas 10 a 15 deben ser contestadas por cada empleado que ha sido seleccionado para utilizar un respirador de cara completa o un aparato de auto respiración (SCBA). Para los empleados que han sido seleccionados para utilizar otros tipos de respiradores, responder estas preguntas es voluntaria. Si preguntas 10-15 no son aplicables y no desea responder voluntariamente, por favor vaya a a la última página de este cuestionario. Proporcionar una explicación para cualquier elemento de preguntas 1 a 9 para los que usted selecciona 'Si'. Tenga o no respuestas afirmativas, debe firmar el cuestionario final.</p>		
<b>10. ¿Ha perdido la vista en cualquiera de sus ojos (temporalmente o permanente)?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>11. ¿Actualmente tiene algunos de los siguientes problemas con su vista?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
a. Usa lentes de contacto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. Usa lentes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. Está obligado a usar lentes cuando use un respirador	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
d. Daltoniano (dificultad distinguiendo colores)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
e. Tiene algún problema con sus ojos o su vista	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>12. ¿Ha tenido daño en sus oídos incluyendo rotura del tímpano?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Esta roto su tímpani?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>13. ¿Actualmente tiene uno de las siguientes problemas para oír?</b>		
a. Dificultad oyendo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. Usa un aparato para oír	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. Tiene algun otro problema con sus oídos o dificultad escuchando	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>14. ¿Se ha dañado o lastimado su espalda?</b>		
¿Se le hace difícil el uso del respirador?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

15. ¿ Tiene alguno de los siguientes problemas musculoesqueléticos?		
a. Debilidad en sus brazos, manos, piernas o pies?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. Dolor de espalda?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. Dificultad para mover sus brazos y piernas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
d. Dolor o engarrotamiento cuando se inclina para adelante o para atras?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
e. Dificultad para mover su cabeza para arriba o para abajo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
f. Dificultad para mover su cabeza de lado a lado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
g. Dificultad para agacharse doblando sus rodillas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
h. Dificultad para agacharse hasta tocar el piso?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
i. Subiendo escaleras cargando mas de 25 libras?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
j. Alguno problema muscular o con sus huesos que le evite usar un respirador?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**LEA ATENTAMENTE:** Por favor proporcionar una explicación para cualquier elemento de preguntas 1-15 para que usted selecciona 'Si'. Tenga o no respuestas afirmativas, debe firmar el cuestionario final.

**NOTA a los PROVEEDORES:** Las preguntas de la parte B de este cuestionario (que se encuentra en [https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show\\_document?p\\_table=standards&p\\_id=9783](https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=standards&p_id=9783) ) Otros preguntas no mencionadas anteriormente se pueden pedir a su discrecion para tomar una decision informada en la autorizacion medica para el uso del respirador.

### Por favor explique todas las respuestas sí

Pregunta número	Explicación

Las respuestas anteriores han sido suministradas por mi y son fieles al mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha