

Cuestionario Medico de Evaluación Respiratorio

Occupational Doctor Paul Christensen, MD. Industrial Medical Group –TEL. 805-922-8282

Sección A- Información del respirador que usa el empleado:

Poner una X en el tipo de respirador que usara.

Purificación de Aire Presión Negativo

Purificación de Aire Presión Positivo (SCBA)

Por las normas respiratorias de OSHA, si ha sido seleccionado para usar un respirador, usted tiene que contestar las siguientes preguntas. Para mantener confidencialidad, por favor regrese el cuestionario complete en un sobre.

Fecha: _____ ¿Sabe Leer? Sí No

Apellido: _____ Inicial: _____ Primer Nombre: _____

Su Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # Seguro Social: _____ Edad: _____

Masculino Femenino Estatura (pies): _____ Peso (libras): _____

Teléfono Casa: _____ Mejor tiempo de encontrarlo en este #: _____

Nombre de Compañía: _____ # de Teléfono: _____

Título de su trabajo (ocupación): _____

¿Le ha informado su empleador como comunicarse con un profesional de cuidado de salud quien pueda revisar este cuestionario? Sí No

¿Ha usado un respirador antes? Si No Si "Si" que tipo: Medio rostro
 Pieza completa
 Aire suplido

Sección B – Los empleados quienes están seleccionados a usar algún tipo de respirador tiene que contestar las preguntas del 1 al 9 (por favor, marque “Sí” o “No”)

1. ¿Fuma tabaco en este momento, o fumo tabaco durante el mes pasado?- Sí No

2. ¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones?
 - a. Epilepsia ----- Sí No
 - b. Diabetes ----- Sí No
 - c. Reacciones alérgicas que interfería con su respiración ----- Sí No
 - d. Claustrofobia (miedo de lugares encerrados)----- Sí No
 - e. Dificultad al oler ----- Sí No

3. ¿Ha tenido cualquier de los siguientes problemas pulmonares o del pulmón?
 - a. Asbestosis ----- Sí No
 - b. Asma ----- Sí No
 - c. Bronquitis crónico ----- Sí No
 - d. Enfisema ----- Sí No
 - e. Pulmonía ----- Sí No
 - f. Tuberculosis ----- Sí No
 - g. Silicosis ----- Sí No
 - h. Neumotórax (pulmón caído) ----- Sí No
 - i. Cáncer del pulmón ----- Sí No
 - j. Costilla quebrada ----- Sí No
 - k. Cualquier lastimadura o cirugía del pecho ----- Sí No
 - l. Cualquier otro problema pulmonaria de la cual tiene conocimiento ----- Sí No

4. ¿En el presente, tiene cualquiera de los siguientes síntomas de enfermedad del pulmón?
 - a. Respiración corta ----- Sí No
 - b. Corto de aire al caminar rápido sobre una superficie al nivel o al caminar sobre un nivel inclinado ----- Sí No
 - c. Corto de aire al caminar a su propio paso ----- Sí No
 - d. Tiene que parar para respirar al caminar a su paso en una al caminar en una superficie plana ----- Sí No
 - e. Corto de aire al vestirse ----- Sí No

- f. Corto de aire lo cual interfiere con su trabajo ----- Sí No
- g. Tos que produce flema ----- Sí No
- h. Tos que lo despierta temprano en la mañana ----- Sí No
- i. Tos que ocurre cuando esta acostado ----- Sí No
- j. A tosido sangre en el último mes ----- Sí No
- k. Resollar ----- Sí No
- l. Resuello que interfiere con su trabajo ----- Sí No
- m. Dolor de pecho cuando respira profundo----- Sí No
- n. Tiene algún otro síntoma que piensa que está relacionado con
problemas del pulmón----- Sí No
5. ¿Ha tenido cualquier de los siguientes problemas cardiovasculares o del
corazón?
- a. Ataque de corazón ----- Sí No
- b. Embolia ----- Sí No
- c. Angina ----- Sí No
- d. Fallo de corazón----- Sí No
- e. Hinchazón de sus piernas o pies (no resultado de caminar)----- Sí No
- f. Arritmia se corazón (latido de corazón irregular)----- Sí No
- g. Alta presión de la sangre----- Sí No
- h. Cualquier otro problema del corazón de la cual tiene
conocimiento ----- Sí No
6. ¿Ha tenido cualquiera de los siguientes síntomas cardiovasculares o del
corazón?
- a. Dolor o presión seguido en su pecho ----- Sí No
- b. Dolor o presión en su pecho durante actividades físicas----- Sí No
- c. Dolor o presión en su pecho al cual interfiere con su trabajo----- Sí No
- d. Durante los últimos dos años, ha sentido que su corazón pare o
pase un latido ----- Sí No
- e. Acidez o indigestión no relacionado al comer ----- Sí No
- f. Cualquier otro síntoma que piense que está relacionado al
corazón o problemas de circulación----- Sí No
7. ¿Está tomando medicamento para cualquiera de los problemas
siguientes?
- a. Problemas del pulmón o respiración----- Sí No
- b. Problema del corazón----- Sí No

- c. Presión de la sangre----- Sí No
- d. Ataque de epilepsia ----- Sí No
8. Si ha usado un respirador, ha tenido cualquiera de los siguientes problemas (si nunca ha usado un respirador, pase a la pregunta 9)
- a. irritación en el ojo----- Sí No
- b. Alergia o sarpullido en la piel----- Sí No
- c. Ansiedad----- Sí No
- d. Debilidad o fatiga en general ----- Sí No
- e. Dificultad al respirar ----- Sí No
- f. Cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador ----- Sí No
9. ¿Le gustaría hablar con un profesional de salud para repasar sus respuestas sobre esta forma? ----- Sí No

Si va usar aparato para respirar (SCBA) o pieza completa, favor de conteste las siguientes preguntas adicionales (si no va a usar SCBA o pieza completa, las siguientes preguntas son voluntarias.

10. ¿Ha perdido la vista en cualquier ojo (temporalmente o permanente)---- Sí No
11. ¿Tiene cualquier de los siguientes problemas de la visión?
- a. Usa lentes de contacto----- Sí No
- b. Usa lentes ----- Sí No
- c. Ciego de colores----- Sí No
- d. Cualquier otro problema de ojo o de su visión----- Sí No
12. ¿Ha tenido una lesión en sus oídos, incluso un tímpano roto----- Sí No
13. ¿En este momento, tiene cualquier de los siguientes problemas al oír?
- a. Dificultad para oír ----- Sí No
- b. Usa un aparato para oír----- Sí No
- c. Tiene algún otro problema al oír o en el oído----- Sí No
14. ¿Ha tenido una lastimadura de su espalda?----- Sí No

15. ¿En este momento, tiene cualquier de los siguientes problemas músculo esquelétales?

- a. Debilidad en cualquiera de sus brazos, manos, piernas, o pies----- Sí No
- b. Dolor de espalda----- Sí No
- c. Dificultad en mover ampliamente sus brazos o piernas----- Sí No
- d. Dolor o dificultad al doblar la cintura hacia arriba o abajo----- Sí No
- e. Dificultad al mover ampliamente su cabeza arriba o abajo----- Sí No
- f. Dificultad al mover ampliamente su cabeza de lado a lado----- Sí No
- g. Dificultad al doblar las rodillas ----- Sí No
- h. Dificultad al acucillarse al suelo ----- Sí No
- i. Dificultad subiendo escalones o escaleras cagando mas de 25 libras ----- Sí No
- j. Cualquier otro problema de músculo o del esqueleto ----- Sí No

Por favor, firme su nombre indicando que las respuestas en este cuestionario fueron contestadas con su mejor conocimiento.

Firma

Fecha