|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C O N F I D E N C I A L** | Forma impresa | Nombre del paciente | Fecha: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Empleado: Complete las Partes A y C** | **Profesional de Salud/Seguridad: Complete las Partes B y D antes de la distribución al empleado** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Parte A: Información personal |  | |
| Apellido: | Dirección: | |
| Nombre: |  | |
| Fecha de nacimiento: | Ciudad: | Estado: |
| Sexo:  Masculino  Femenino | Código postal / zip: | País: |
| Empleador: | Nº de teléfono: | |
| Ubicación: | Correo electrónico: | |
| Supervisor: | Cargo: | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parte B: Profesional de Salud / Seguridad: Esta sección DEBE ser completada antes de la  distribución de este formulario al empleado | | | | | |
| Nombre del profesional de la salud: | | | | Nº de teléfono: | |
| **Respirador y equipo de seguridad que debe usar el empleado** | | | | | |
| Tipo | Peso | | Duración | | Frecuencia de uso |
| Purificador de aire |  | |  | |  |
| Línea de aire |  | |  | |  |
| Aparato de respiración autónomo |  | |  | |  |
| Respirador para escape de 5 minutos |  | |  | |  |
| Otro: |  | |  | |  |
| Ropa y equipo de protección adicional que se debe usar: | | | | | |
| **Esfuerzo físico esperado** | | | | | |
| Esfuerzo ligero (caminar, inspeccionar, etc.) | | | | | |
| Esfuerzo moderado (trabajo manual, incluye uso de herramientas y levantamiento <25 lb.) | | | | | |
| Esfuerzo pesado (lucha contra incendios, subir escaleras, tareas de respuesta ante emergencias y levantamiento >25 lb.) | | | | | |
| **Niveles extremos de temperatura y humedad que pueden ser encontrados** | | | | | |
| Frío extremo (por debajo de 30° F) | | Sequedad | | Humedad (por encima de 90%) | |
| Calor extremo (por encima de 100° F) | | Humectación | | Otro: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C O N F I D E N C I A L** | Forma impresa | Nombre del paciente | Fecha: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parte C: Empleado / Candidato | |  | | | |
| * Según **OSHA 25 CFR 1910.134 Normas de Respiradores,** si usted ha sido seleccionado para usar un respirador, DEBE contestar las siguientes preguntas. * Comuníquese con **Houston Health Services** (véase **Parte B**) si desea tratar cualquier pregunta en esta sección. | | | | | |
| Estatura (pies pulg.): | | Peso (lb): | | | |
| Nº de teléfono laboral: | | Mejor hora para llamarle a este nº: | | | |
| ¿Le ha dicho su empleador cómo comunicarse con el médico o la enfermera que revisará este cuestionario? (Véase "Parte B" #1 arriba) | | | | | Sí  No |
| ¿Puede leer? | | | | | Sí  No |
| ¿Ha usado un respirador?  En caso afirmativo, ¿qué tipo(s)? | | | | | Sí  No |
| ¿Ha usado un respirador durante las pruebas de ajuste? | | | | | Sí  No |
| Marque el (los) tipo(s) de respirador que usará:  N, R o P desechable  Otro tipo (p. ej., semimascarilla o mascarilla completa con suministro de aire): | | | | | |
| Consentimiento | | | | | |
| Nombre del empleado en letra de molde: |  | | Fecha: |  | |
| Firma del empleado: |  | | | | |

|  |
| --- |
| Cuestionario de evaluación médica de la aptitud respiratoria |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 Consumo de tabaco | S | N | | ¿Usted actualmente fuma tabaco o ha fumado tabaco en el último mes? |  |  | | ¿Ha fumado un paquete de cigarrillos o más continuamente en los últimos cinco años? |  |  | | 2 ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones? | S | N | | **Convulsiones (ataques)** |  |  | | ¿Convulsión en los últimos 12 meses? |  |  | | **Diabetes (enfermedad de la glucemia)** |  |  | | ¿La diabetes ha resultado alguna vez en coma  diabético o choque insulínico en los últimos 5   años? |  |  | | **Reacciones alérgicas que interfieren con la respiración** |  |  | | **Claustrofobia** (miedo a los espacios cerrados) |  |  | | **Dificultad para oler olores** |  |  | |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 3 ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares? | S | N | | **Exposición a la asbestosis** |  |  | | **Asma** |  |  | | ¿Ha tenido un ataque de asma en los últimos 5   años? |  |  | | ¿Está actualmente tomando medicamentos para el   asma? |  |  | | **Bronquitis crónica** |  |  | | ¿Ha visto a un médico o ha tenido alguna   hospitalización por bronquitis crónica en los   últimos 5 años? |  |  | | **Enfisema** |  |  | | ¿Ha sido visto por un médico u hospitalizado por   enfisema en los últimos 5 años? |  |  | | ¿Actualmente está tomando algún medicamento   para el enfisema? |  |  | | **Tuberculosis** |  |  | | ¿Ha ocurrido la tuberculosis en los últimos 3 años? |  |  | | ¿Actualmente está tomando algún medicamento   para la tuberculosis? |  |  | | ¿Ha habido algún daño pulmonar como resultado   de la tuberculosis? |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C O N F I D E N C I A L** | Forma impresa | Nombre del paciente | Fecha: |

|  |
| --- |
| Cuestionario de evaluación médica de la aptitud respiratoria, cont. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 3 ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares? (cont.) | S | N | | **Silicosis** |  |  | | **Neumotórax (pulmón colapsado)** |  |  | | ¿Ha ocurrido el colapso del pulmón en los últimos   5 años? |  |  | | ¿Ha ocurrido el colapso del pulmón en los últimos   5 años? |  |  | | ¿Ha habido dificultad respiratoria o daño pulmonar   permanente como resultado de una lesión en el   pecho o cirugía torácica? |  |  | | **Cáncer de pulmón** |  |  | | **Costillas rotas** |  |  | | ¿Ha habido costillas rotas en los últimos 5 años? |  |  | | ¿Ha provocado falta de aliento o algún daño   permanente? |  |  | | **Lesiones en el pecho y cirugía torácica** |  |  | | ¿Ha sufrido alguna lesión en el pecho o recibido   alguna cirugía torácica en los últimos 5 años? |  |  | | ¿Ha habido alguna falta de aliento o algún daño   pulmonar permanente como resultado de una   lesión en el pecho o cirugía torácica? |  |  | | ¿Algún otro problema pulmonar que le hayan   comunicado? |  |  | | (en caso afirmativo, describa): |  |  | | 4 ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar? | S | N | | **Falta de aliento** |  |  | | Dificultad para respirar al caminar rápido en   terreno plano o subiendo una ligera colina o   pendiente |  |  | | Falta de aliento al caminar con otras personas a un   ritmo normal en terreno llano |  |  | | Tiene que pararse para respirar al caminar a su   propio ritmo en terreno llano |  |  | | Falta de aliento al lavarse o vestirse |  |  | | Falta de aire que interfiere con su trabajo |  |  | | **Tos que produce flema** (esputo espeso) |  |  | | ¿Ha sido visto por un médico u hospitalizado por   toser con flema en los últimos 3 años? |  |  | | ¿Actualmente está tomando algún medicamento   para la tos? |  |  | |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | S | N | | **Tos que lo despierta por la mañana** |  |  | | ¿Ha sido visto por un médico u hospitalizado por   toser temprano en la mañana? |  |  | | ¿Actualmente está tomando algún medicamento   para la tos? |  |  | | **¿Tos que ocurre principalmente cuando usted está acostado?** |  |  | | ¿Ha sido visto por un médico u hospitalizado en   los últimos 3 años por esta tos acostada? |  |  | | ¿Actualmente está tomando algún medicamento   para la tos? |  |  | | **¿Ha estado tosiendo sangre en el último mes?** |  |  | | ¿Ha sido visto por un médico u hospitalizado o ha   estado tosiendo sangre en los últimos 3 años? |  |  | | ¿Actualmente está tomando algún medicamento   para la tos con sangre? |  |  | | **Sibilancias** |  |  | | ¿Sibilancias que interfieren con su trabajo? |  |  | | ¿Dolor en el pecho cuando respira   profundamente? |  |  | | ¿Cualquier otro síntoma que usted piensa puede estar relacionado con problemas pulmonares? |  |  | | (en caso afirmativo, describa): |  |  | | 5 ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o cardíacos? | S | N | | **Ataque al corazón** |  |  | | ¿Hospitalizado en los últimos 5 años por un ataque   al corazón? |  |  | | ¿Actualmente está tomando medicamentos para   un ataque al corazón? |  |  | | **Accidente cerebrovascular** |  |  | | ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años por   un accidente cerebrovascular? |  |  | | ¿Actualmente está tomando algún medicamento   para un accidente cerebrovascular? |  |  | | **Angina** |  |  | | **Insuficiencia cardiaca** |  |  | | **Hinchazón en las piernas o los pies** (no causado por caminar) |  |  | | **Arritmia cardíaca** (latido irregular del corazón) |  |  | | **Alta presión sanguínea** (hipertensión) |  |  | | ¿Actualmente está tomando algún medicamento   para controlarla? |  |  | | ¿La presión arterial alta está bajo control? |  |  | | ¿Algún otro problema del corazón que le hayan   comunicado? |  |  | | (en caso afirmativo, describa): |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C O N F I D E N C I A L** | Forma impresa | Nombre del paciente | Fecha: |

|  |
| --- |
| Cuestionario de evaluación médica de la aptitud respiratoria, cont. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 6 ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas cardiovasculares o cardíacos? | S | N | | Dolor frecuente u opresión en el pecho |  |  | | Dolor u opresión en el pecho durante la actividad física |  |  | | Dolor u opresión en el pecho que interfiere con su trabajo |  |  | | En los últimos 2 años, ¿alguna vez ha notado que su corazón se detuvo o perdió el ritmo? |  |  | | Acidez estomacal o indigestión no relacionada con la alimentación |  |  | | Cualquier otro síntoma que usted piensa puede estar relacionado con problemas de corazón o circulación? (en caso afirmativo, describa): |  |  | | 7 ¿Actualmente toma medicamentos para cualquier otro de los siguientes problemas? | S | N | | Problemas respiratorios o pulmonar |  |  | | Problemas del corazón |  |  | | Presión sanguínea |  |  | | Convulsiones |  |  | | 8 ¿Ha utilizado alguna vez un respirador? | S | N | | Irritación de los ojos |  |  | | Alergias o erupciones cutáneas |  |  | | Ansiedad |  |  | | Debilidad o fatiga general |  |  | | ¿Algún otro problema que interfiere con el uso de un respirador? |  |  | | (en caso afirmativo, describa): |  |  | |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 9 ¿Le gustaría hablar con el profesional de la salud que revisará este cuestionario sobre sus respuestas? | S | N | | **NOTA:** El médico sólo se pondrá en contacto con usted si hay dudas sobre su capacidad para usar un respirador. El médico no está disponible para una consulta general. |  |  | | 10 Exposición a productos químicos peligrosos | S | N | | En el trabajo o en casa, ¿alguna vez ha estado expuesto a solventes peligrosos, sustancias químicas en el aire peligrosas (por ejemplo, gases, humos o polvo), o su piel ha entrado en contacto con productos químicos peligrosos? |  |  | | (en caso afirmativo, enumere los productos químicos y las fechas de exposición): |  |  | | 11 ¿Alguna vez ha trabajado con alguno de los materiales o bajo cualquiera de las condiciones que se enumeran a continuación? | S | N | | Amianto |  |  | | Sílice (p. ej., en chorreado con arena) |  |  | | Cobalto de tungsteno (p. ej., moler o soldar este material) |  |  | | Berilio |  |  | | Carbón (p. ej., minería) |  |  | | Hierro |  |  | | Estaño |  |  | | Entornos polvorientos |  |  | | ¿Otras exposiciones peligrosas? |  |  | | (en caso afirmativo, describa): |  |  | |

|  |
| --- |
| Si ha sido seleccionado para usar un **RESPIRADOR DE MÁSCARA COMPLETA** o un **APARATO DE RESPIRACIÓN AUTÓNOMO (SCBA, por sus siglas en inglés),** por favor conteste estas preguntas adicionales. Si ha sido seleccionado para usar otros tipos de respiradores, la contestación de estas preguntas es voluntaria. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 12 Pérdida de la vista | S | N | | ¿Alguna vez ha perdido la vista en cualquiera de los ojos (de forma temporal o permanente)? |  |  | | 13 ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas de visión? | S | N | | Usar lentes de contacto |  |  | | Usa gafas |  |  | | Daltoniano |  |  | | ¿Algún otro problema ocular o de visión? |  |  | | ¿No puede realizar las funciones del trabajo como   resultado de estos problemas? |  |  | |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 14 Oídos y problemas auditivos | S | N | | ¿Alguna vez ha tenido una lesión en los oídos, incluyendo un tímpano perforado? |  |  | | 15 ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas auditivos? | S | N | | Dificultad para oír |  |  | | Usa un audífono |  |  | | ¿Algún otro problema de audición o de los oídos? |  |  | | (en caso afirmativo, describa): |  |  | | 16 ¿Alguna vez sufrió una lesión en la espalda? | S | N | | ¿No puede realizar las funciones del trabajo como resultado de este problema? |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C O N F I D E N C I A L** | Forma impresa | Nombre del paciente | Fecha: |

|  |
| --- |
| Cuestionario de evaluación médica de la aptitud respiratoria |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 17 ¿Tiene actualmente alguno de estos problemas musculoesqueléticos? | S | N | | Debilidad en los brazos, manos, piernas o pies |  |  | | Dolor de espalda |  |  | | Dificultad para mover completamente los brazos y las piernas |  |  | | Dolor o rigidez cuando se inclina hacia adelante o hacia atrás en la cintura |  |  | | Dificultad para mover la cabeza hacia arriba o hacia abajo |  |  | | Dificultad para moverse completamente de lado a lado |  |  | |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | S | N | | Dificultad para doblarse de rodillas |  |  | | Dificultad para agacharse |  |  | | ¿Escalando un tramo de escaleras o una escalera llevando más de 25 libras? |  |  | | ¿Algún otro problema muscular o esquelético que interfiera con el uso de un respirador? |  |  | | ¿No puede realizar las funciones de su trabajo   como resultado de este problema? |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Esta sección debe ser llenada por el Profesional de la Salud*** | | | |
| **Parte D: Evaluación del Profesional de la Salud** | | | |
| Basado en la revisión del Cuestionario de evaluación médica de la aptitud para el uso de respiradores OSHA, esta persona: | | | |
| Nombre del empleado: | | | |
|  | Está autorizada para el uso del respirador | | |
|  | No está autorizada para el uso del respirador | | |
|  | Requiere un examen | | |
|  | No completó el formulario | | |
|  | Salida personal / autoevacuación solamente | | |
| Comentarios | | | |
| **Información del Profesional de la Salud** | | | |
| Nombre del Profesional de la Salud (en mayúsculas): | | | |
| Nombre de la clínica: | | | |
| Dirección: | | | Ciudad: |
| Estado / Provincia: | | Código postal / zip: | País: |
| Firma del Profesional de la Salud: | | | Fecha (mm/dd/aaaa): |