

Respiradores: cuestionario de evaluación médica e instrucciones para llenarlo

Cuando las normas de OSHA exigent el us de un respirador, el empleado debe llenar un cuestionario como parte de su evaluación médica.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN MÉDICA DE EMPLEADOS QUE USAN RESPIRADORES

Adjunto encontrará un cuestionario de evaluación médica para que lo llene. La norma de OSHA exige que cualquier empleado que vaya a utilizar un respirador, pase por una valoración médica para asegurar su salud y su seguridad. Las respuestas que dé en el cuestionario son confidenciales. Su empleador no tiene derecho de ver sus respuestas.

Un médico o un profesional médico autorizado (en inglés PLHCP) va a revisar el cuestionario. Si tiene alguna pregunta sobre el cuestionario o alguna inquietud sobre el uso del respirador y su salud, puede llamar al PLHCP

_____ al teléfono (_____) - _____.

Es muy importante que conteste todas las preguntas.
Si necesita ayuda, llame al PLHCP que se nombra arriba.

Si el PLHCP tiene alguna pregunta para usted, debe poder contactarlo. Es muy importante que incluya su número de teléfono y una hora a la que se le pueda llamar a su casa.

Si responde que “sí” a cualquiera de las preguntas, le agradeceríamos que nos dijera cualquier cosa que considere importante para ayudarle al médico a evaluar sus respuestas. (Por ejemplo, si le ha dado neumonía, diga hace cuánto tiempo le dió, o si tiene presión alta, diga si su médico se la está tratando o si está tomando medicamentos para la presión). Puede escribir notas cerca de la pregunta o en la parte de atrás de la última página de este cuestionario.

Es posible que el PLHCP determine que es necesario que usted se haga un examen físico para poder valorar mejor si usted puede usar un respirador. De ser así, su empleador deberá proporcionarle un examen médico confidencial sin costo para usted.

Si el PLHCP considera que usted está en capacidad de utilizar el respirador, le enviará una carta a usted y a su empleador para notificarle.

Muchas gracias por su cooperación.

**Cuestionario de Evaluación Médica Obligado por OSHA
(Administración de Seguridad y Salud Ocupacional)
Parte 29 CFR 1910.134 Obligatorio para la protección del sistema respiratorio**

Marque con un círculo para indicar sus respuestas a cada pregunta

Para el empleado: ¿Puede usted leer? (circule uno) Sí No

Su empleador debe dejarlo responder estas preguntas durante horas de trabajo o en el momento y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener este cuestionario confidencial, su empleador o supervisor no debe ver ni revisar sus respuestas. Su empleador debe informarle a quién dar o cómo enviar este cuestionario al profesional de salud que lo va a revisar.

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

1. Fecha: _____

2. Nombre: _____
APELLIDO NOMBRE

3. Edad: _____

4. Sexo (circule uno) Masculino o Femenino

5. Altura: _____ pies _____ pulgadas

6. Peso: _____ libras

7. Su ocupación, título o tipo de trabajo: _____

8. Número de teléfono donde le puede llamar un profesional de salud con licencia que revisará este cuestionario (incluya el área): _____

9. Indique la hora más conveniente para llamarle a este número: _____

10. ¿Le ha informado su empleador cómo comunicarse con el profesional de salud con licencia que va a revisar este cuestionario (circule una respuesta)? Sí No

11. Anote el tipo de equipo respiratorio que va a utilizar (puede anotar más de una categoría)

a. _____ Respirador desechable de clase N, R o P (por ejemplo: respirador de filtro mecánico, respirador sin cartucho).

b. _____ Otros tipos (respirador de media cara o cara completa, purificador de aire accionado por un motor, máscara con manguera con soplador (PAPR), máscara con manguera sin soplador (SAPR), aparato personal de auto-respiración (SCBA)

12. ¿Ha usado algún tipo de respirador? Sí No

Si ha usado equipo protector respiratorio, qué tipo(s) ha utilizado:

Parte A. Sección 2. (Obligatorio): Las preguntas del 1 al 9 deben ser contestadas por cada empleado que fue seleccionado para usar cualquier tipo de respirador. Marque con un círculo para indicar sus respuestas.

1. ¿Fuma tabaco actualmente, o ha fumado tabaco durante el último mes? Sí No

2. ¿Ha tenido algunas de las siguientes condiciones médicas?

- | | | |
|---|----|----|
| a. Convulsiones | Sí | No |
| b. Diabetes (azúcar en la sangre) | Sí | No |
| c. Reacciones alérgicas que no lo dejan respirar | Sí | No |
| d. Claustrofobia | Sí | No |
| e. Dificultad para oler excepto cuando ha cogido un resfriado | Sí | No |

3. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares?

- | | | |
|--|----|----|
| a. Asbestosis | Sí | No |
| b. Asma | Sí | No |
| c. Bronquitis crónica | Sí | No |
| d. Enfisema | Sí | No |
| e. Pulmonía | Sí | No |
| f. Tuberculosis | Sí | No |
| g. Silicosis | Sí | No |
| h. Neumotorax (pulmón colapsado) | Sí | No |
| i. Cáncer en los pulmones | Sí | No |
| j. Costillas quebradas | Sí | No |
| k. Lesión o cirugía en el pecho | Sí | No |
| l. Algún otro problema de los pulmones que le haya dicho su médico | Sí | No |

4. ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en los pulmones?

- | | | |
|--|----|----|
| a. Respiración dificultosa | Sí | No |
| b. Respiración dificultosa cuando camina rápido 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 ¿siente que tiene que detenerse para coger aire? | Sí | No |

e.	Respiración dificultosa cuando se está bañando o vistiendo	Sí	No
f.	Respiración dificultosa que le impide trabajar	Sí	No
g.	Tos con flema	Sí	No
h.	Tos que lo despierta temprano en la mañana	Sí	No
i.	Tos que ocurre mayormente cuando está acostado	Sí	No
j.	¿Ha tosido sangre en el último mes?	Sí	No
k.	Respiración dificultosa y con ruido	Sí	No
l.	Respiración dificultosa y con ruido que le impide trabajar	Sí	No
m.	Dolor en el pecho cuando respira profundamente	Sí	No
n.	Otros síntomas que cree usted están relacionados a los pulmones	Sí	No
5. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas con el corazón?			
a.	Ataque cardíaco	Sí	No
b.	Ataque cerebrovascular	Sí	No
c.	Angina de pecho	Sí	No
d.	Insuficiencia cardíaca	Sí	No
e.	Hinchazón en las piernas o pies (que no sea por caminar)	Sí	No
f.	Latidos irregulares del corazón	Sí	No
g.	Presión alta	Sí	No
h.	Algún otro problema con el corazón	Sí	No
6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas cardiacos?			
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 son causados por problemas del corazón o de la circulación	Sí	No
7. ¿Está tomando medicinas por alguno de los siguientes problemas?			
a.	Problemas pulmonares		
b.	Problemas del corazón		
c.	Presión alta		
d.	Convulsiones		

8. Si ud. ha usado un respirador ¿ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas? (si no ha usado un respirador deje esta pregunta en blanco y continúe con la pregunta 9).

- | | | | |
|----|--|----|----|
| a. | Irritación de los ojos | Sí | No |
| b. | Alergias del cutis o salpullido | Sí | No |
| c. | Ansiedad que ocurre solamente cuando usa el respirador | Sí | No |
| d. | Debilidad, falta de vigor o fatiga desacostumbrada | Sí | No |
| e. | Algún otro problema que le impida utilizar su respirador | Sí | No |

9. ¿Le gustaría hablar con el profesional de salud que va a revisar sus respuestas? Sí No

Las preguntas de la 10 a la 15 deben ser contestadas por los empleados seleccionados para usar un respirador purificador de aire de cara completa con filtros o un aparato personal de auto-respiración?

10. ¿Ha perdido la vista en cualquiera de sus ojos (temporalmente o permanente)? Sí No

11. ¿Actualmente tiene algunos de los siguientes problemas con su vista? Sí No

- | | | | |
|----|---|----|----|
| a. | Usa lentes de contacto | Sí | No |
| b. | Usa lentes | Sí | No |
| c. | Daltonismo (dificultad para distinguir colores) | Sí | No |
| d. | Algún problema con los ojos o la vista | Sí | No |

12. ¿Se ha hecho alguna vez daño en los oídos, como romperse el tímpano? Sí No

13. ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas para oír?

- | | | | |
|----|---|----|----|
| a. | Dificultad para oír | Sí | No |
| b. | Usa un aparato para oír | Sí | No |
| c. | ¿Tiene algún otro problema con los oídos o de audición? | Sí | No |

14. ¿Se ha lesionado alguna vez la espalda?

15. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas óseos o musculares?

- | | | | |
|----|--|----|----|
| a. | Debilidad en los brazos, manos, piernas o pies | Sí | No |
| b. | Dolor de espalda | Sí | No |
| c. | Dificultad para mover sus brazos y piernas completamente | Sí | No |
| d. | Dolor o rigidez cuando se inclina para adelante o para atrás | Sí | No |

e.	Dificultad para mover la cabeza para arriba o para abajo completamente	Sí	No
f.	Dificultad para mover la cabeza de lado a lado	Sí	No
g.	Dificultad para agacharse doblando las rodillas	Sí	No
h.	Dificultad para agacharse hasta tocar el piso	Sí	No
i.	Dificultad para subir escaleras cargando más de 25 libras	Sí	No
j.	Algún problema muscular o con sus huesos que le impida usar un respirador	Sí	No

Parte B. Las siguientes preguntas pueden ser agregadas al cuestionario a discreción del profesional de salud con licencia del estado.

- | | | | |
|----|--|----|----|
| 1. | ¿Está trabajando en alturas arriba de 5.000 pies o en sitios que tienen menos oxígeno de lo normal? | Sí | No |
| | Si la respuesta es "sí", ¿se ha sentido mareado o ha tenido dificultad para respirar, palpitations o cualquier otro síntoma que no tiene cuando no está trabajando en estas condiciones? | Sí | No |
| 2. | ¿En el trabajo o en su casa ha estado expuesto a solventes o contaminantes peligrosos en el aire (como por ejemplo humos, neblina o polvos) o ha entrado su piel en contacto con sustancias químicas peligrosas? | Sí | No |

Escriba las sustancias o productos químicos a los que ha estado expuesto, si sabe cuáles son:

- | | | | |
|----|---|----|----|
| 3. | ¿Ha trabajado con los siguientes materiales o las condiciones anotadas abajo? | | |
| a. | Asbesto | Sí | No |
| b. | Sílice (limpieza con chorro de arena) | Sí | No |
| c. | Tungsteno/cobalto (pulverizado o soldadura) | Sí | No |
| d. | Berilio | Sí | No |
| e. | Aluminio | Sí | No |
| f. | Carbón de piedra (minando) | Sí | No |
| g. | Hierro | Sí | No |
| h. | Estaño | Sí | No |
| i. | Ambiente polvoriento | Sí | No |
| j. | Solventes | Sí | No |
| k. | Algún otra sustancia o material peligroso | Sí | No |

Describe las exposiciones peligrosas

4. ¿Tiene usted otro trabajo o un negocio aparte de éste?

5. ¿En qué ha trabajado antes?

6. ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?

7. ¿Hizo servicio militar?

Sí No

Si la respuesta es "sí" ¿ha estado expuesto a agentes químicos o biológicos durante el entrenamiento o combate?

Sí No

8. ¿Alguna vez ha trabajado en un equipo de HAZMAT (equipo de respuesta de emergencia a incidentes de materiales peligrosos)

Sí No

9. ¿Está tomando alguna medicina que no haya mencionado en este cuestionario (tales como remedios caseros o medicinas que compra sin receta médica)?

Sí No

10. ¿Va a usar algunas de las siguientes partes con su respirador?

Sí No

a. Filtros HEPA (filtro de alta eficiencia que remueve partículas tóxicas en la atmósfera)

Sí No

b. Canastillo (por ejemplo, máscara para gas)

Sí No

c. Cartuchos

Sí No

11. ¿Cuántas veces espera usar un respirador?

a. Para salir de peligro solamente (no rescates)

Sí No

b. Rescates de emergencia solamente

Sí No

c. Menos de 5 horas por semana

Sí No

d. Menos de 2 horas por día

Sí No

e. 2 a 4 horas por día

Sí No

f. Más de 4 horas por día

Sí No

12. ¿Durante el tiempo que tiene puesto el respirador su trabajo es...?
- | | | |
|---|----|----|
| a. Ligero (menos de 200 kcal por hora) | Sí | No |
| Si la respuesta es "sí", cuánto tiempo dura la obra ____ horas ____ minutos | | |
| <i>Ejemplos de trabajos ligeros: estar sentado escribiendo, escribir a máquina, diseñar, trabajar en la línea de montaje, o manejar de pie un taladro o máquinas</i> | | |
| b. Moderado (200-350 kcal por hora) | Sí | No |
| Si la respuesta es "sí" cuánto tiempo dura en promedio por jornada ____ horas ____ minutos | | |
| <i>Ejemplos de trabajo moderado: estar sentado clavando o archivando, manejar un camión o autobús en tráfico pesado, estar de pie taladrando, clavando, trabajando en la línea de montaje o transfiriendo una carga (de 35 libras) a la altura de la cintura; caminar sobre terreno plano a 2 millas por hora o bajar a 3 millas por hora; empujar una carretilla con una carga pesada (de 100 libras) sobre terreno plano.</i> | | |
| c. Pesado (más de 350 kcal por hora): | | |
| Si la respuesta es "sí" cuánto tiempo dura en promedio por jornada ____ horas ____ minutos | | |
| <i>Ejemplos de trabajo pesado: levantar cargas pesadas (más de 50 libras) desde el piso hasta la altura de la cintura o los hombros; trabajar cargando o descargando; traspalear; estar de pie trabajando de albañil o partiendo moldes; subir a 2 millas por hora; subir escaleras con una carga pesada (más de 50 libras).</i> | | |

13. ¿Va a estar usando ropa o equipo de protección cuando use el respirador? Sí No

Si la respuesta es "sí" describa qué va a estar usando

14. ¿Va a estar trabajando en condiciones calurosas? Sí No
(temperatura de más de 77 grados F)?

15. ¿Va a estar trabajando en condiciones húmedas? Sí No

16. Describa el tipo de trabajo que va a estar haciendo cuando use el respirador

17. Describa cualquier situación especial o peligrosa que pueda encontrar cuando esté usando el respirador (por ejemplo, espacios encerrados, gases que lo pueden matar, etc.)

18. Provea la siguiente información, si la sabe, por cada sustancia tóxica a la que vaya a estar expuesto cuando esté usando el respirador (o respiradores):

Nombre de la primera sustancia tóxica_____

Máximo nivel de exposición por jornada de trabajo_____

Tiempo de exposición por jornada_____

Nombre de la segunda sustancia tóxica_____

Máximo nivel de exposición por jornada de trabajo_____

Tiempo de exposición por jornada_____

Nombre de la tercera sustancia tóxica_____

Máximo nivel de exposición por jornada de trabajo_____

Tiempo de exposición por jornada_____

Nombre de cualquier sustancia tóxica a la que vaya a estar expuesto cuando tenga puesto el respirador_____

19. Describa alguna responsabilidad especial que vaya a tener cuando tenga puesto el respirador (o respiradores) que pueda afectar la seguridad o la vida de otros (por ejemplo, rescate, seguridad).
