

Cuestionario recomendado por OSHA para una evaluación para el uso del Respirador

Parte A seccion 1 (obligatoria) La siguiente informacion debe ser proporcionada por cada empleado / a cual ha sido seleccionado para el uso de cualquier tipo de respirador.

Nombre y Apellido _____ Fecha _____

Numero de Seguro Social _____ Edad _____ Genero _____ Peso _____

Oficio _____ Numero de Telefono _____

Marque el tipo de respirador que se usara.

- a) NR o P respirador desechable (filtro-mascara)
b) Otro tipo (de media o cara entera impulsado por aire o independiente)

Ha usado algun respirador? SI NO Tipo? _____

Parte A seccion 2 (obligatoria)

1. Fuma cigarrillos, Tabaco o ha fumado en el ultimo mes? Si no, saltese la pregunta 2

- a) Ha fumado alguna vez cigarrillos en forma frecuente, por un periodo de por lo menos un ano? SI NO
b) A que edad comenzo a fumar? _____ anos.
c) Cuantos cigarrillos al dia fuma / fumo _____ por dia.
d) Si ya no fuma, a que edad dejo de fumar? _____ anos.
e) Fuma puros o pipa el m la actualidad? SI NO

2. Ha tenido alguno de los siguientes padecimientos?(emfermedades o afecciones)

- a) Ataques, Sincores SI NO
b) Diabetes (emfermedad de azucar en la sangre) SI NO
c) Reacciones alergicas que interfieren con su respiracion. SI NO
d) Claustrofobia (temor en espacio encerrado) SI NO
e) Dificultad al percibir olores? SI NO

3. Maque cualquiera de los siguientes problemas pulmonares que haya tenido.

- Asbestosis Asma Bronquitis Cronica
Pulmonia Tuberculosis Silicosis
Cancer del Pulmon Costillas Fracturadas Lesiones en el pecho
Enfisema Pneumo Torax Otros problemas Pulmonares

4. Tiene en la actualidad algun de los siguientes sintomas Pulmonares o emfermedad Pulmonar?

- a) Falta de respiracion (o aliento) SI NO
b) Falta de respiracion mientras camina con rapidez en un nivel plano o con una ligera inclinacion? SI NO
c) Falta de respiracion mintras camina con mas gente a un paso regular en un nivel plano? SI NO

- d) Tiene que parar para alcanzar la respiracion, caminando a su paso en un nivel plano? SI NO
- e) Falta de respiracion (o aliento) cuando se viste o se bana ? SI NO
- f) Falta de respiracion (o aliento)que interfiere con su trabajo? SI NO
- g) Tos que produce flema (esputo espeso) SI NO
- h) Tos que despierta temprano en la manana? SI NO
- i) Tos que ocurre principalmente cuando esta acostado / a SI NO
- j) Tose o ha tosido sangre en el ultimo mes? SI NO
- k) Respiracion sibilante? SI NO
- l) Respiracion sibilante que interfiere con su trabajo? SI NO
- m) Dolor de pecho cuando respira profundamente? SI NO
- n) Cualquier sintoma el cual usted piensa que esta relacionado con un problema pulmonar? SI NO
5. Ha tenido alguna vez alguna de las siguientes infecciones cardiacas o cardio vasculares?
- a) Ataque al corazon? SI NO
- b) Derrame cerebral? SI NO
- c) Angina? SI NO
- d) Insuficiencia cardiaca? SI NO
- e) Hinchazon en sus piernas o pies que no ha sido causado por caminar? SI NO
- f) Arritmias en el corazon (latidos irregulares) SI NO
- g) Presion arterial (o sanguinea) alta? SI NO
- h) Cualquier otro problema cardiaco que le hayan mencionado que tiene? SI NO
6. Ha tenido alguno de los siguientes sintomas del corazon o cardiovasculares.
- a) Dolor frecuente o presion en el pecho? SI NO
- b) Dolor o presion en el pecho durante la actividad fisica? SI NO
- c) Dolor o presion en el pecho que interfiere con su trabajo? SI NO
- d) En los ultimos 2 anos ha notado que su corazon se salta latidos? SI NO
- e) Acidez o indigestion que no esta relacionada con el comer? SI NO
- f) Cualquier otro sintoma que pueda estar relacionado con problemas Circulatorios? SI NO
7. Toma medicamento en la actualidad para cualquiera de los problemas siguientes.
- a) Problemas de la respiracion o pulmon? SI NO
- b) Problemas del corazon? SI NO
- c) Presion alta arterial (o sanguinea)? SI NO
- d) Ataques sincopes? SI NO
8. Si ha usado un respirador, ha tenido alguno de los siguientes problemas.
- a) Irritacion en los ojos? SI NO
- b) Alergias en la piel o erupciones? SI NO
- c) Ansiedad? SI NO
- d) Debilidad generalizada o fatiga (agotamiento)? SI NO
- e) Cualquier otro problema que interfiera con el uso del respirador? SI NO
9. Le gustaria hablar con un profesional de atencion medical con el que pudiera revisar este cuestionario y sus contestaciones con usted? SI NO