

**Mount Sinai-Centro Irving J. Selikoff para Medicina Ocupacional y Ambiental
Cuestionario médico para autorizar uso de respiradores**

Al empleado: ¿Puede usted leer? (Marque uno): Sí No

Entrevistador: _____

Su patrono debe permitirle contestar este cuestionario durante las horas normales de trabajo, o a una hora y lugar conveniente para usted. Para mantener su confidencia, su patrono o supervisor no debe mirar o revisar sus respuestas, y su patrono debe decirle cómo entregar o enviar este cuestionario al profesional del cuidado de la salud que habrá de revisarlo.

Parte A. Sección 1. (Obligatorio) Todo empleado que ha sido seleccionado para usar un respirador debe proveer la información que sigue.

Favor de escribir en letra de molde.

1. Fecha de hoy: _____

2. Apellido: _____ Nombre _____

3. Fecha de nacimiento: _____ Ultimo cuatro numeros del seguro social _____

4. Dirección (Calle) _____ Ciudad: _____

5. Estado: _____ Zona Postal: _____ Condado: _____

6. Número de teléfono de su casa donde pueda llamarle el profesional del cuidado de la salud que revise este cuestionario: (____)_____. Mejor hora para llamarle a este número: _____.

7. Ocupación y título de su trabajo: _____ 8. Unión: _____

9. Patrono: _____ Lugar de trabajo: _____

10. Sexo (Marque uno): Masculino Femenino

11. Estatura: _____ pies _____ pulgadas 12. Peso: _____ lbs.

13. ¿Le ha dicho su patrono cómo ponerse en contacto con el profesional del cuidado de la salud que revisará este cuestionario? (Marque uno): Sí No

14. Marque el tipo de respirador que usará (puede marcar más de una categoría):
____ Máscara desechable (máscara de filtro, sin cartucho), ____ Mitad de cara,
____ De toda la cara, ____ Purificador de aire motorizado, ____ Suministrador de aire,
____ Aparato respiratorio autónomo

15. ¿Ha usado usted un respirador anteriormente? Sí No
Si la respuesta es "sí", ¿qué tipo(s)? _____

Parte A. Sección 2. (Obligatorio) Las preguntas 1 al 9 abajo indicadas deben ser contestadas por aquellos empleados que han sido seleccionados para usar cualquier tipo de respirador (favor de indicar “sí” o “no”).

1. a. ¿Ha fumado cigarrillos alguna vez? (Si respuesta es “no”, pase a la pregunta 2) Sí No

Si la respuesta es “sí”, ¿a qué edad comenzó? _____

b. ¿Fuma actualmente o ha fumado en el último mes? Sí No

Si la respuesta es “no”, ¿cuánto tiempo hace que lo dejó? Edad entonces: _____

Número promedio de cigarrillos diarios cuando fumaba: _____

c. Número promedio actual de cigarrillos que fuma diariamente: _____

2. ¿Ha sufrido *alguna* vez de alguna de las siguientes condiciones?

a. Convulsiones: Sí No

b. Diabetes (azúcar en la sangre) Sí No

c. Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración: Sí No

d. Claustrofobia (temor de lugares encerrados): Sí No

e. Problemas en sentir olores: Sí No

f. Historial de quemaduras faciales, problemas serios de la piel facial u otras deformidades faciales: Sí No

g. Otras condiciones que pudieran interferir con el uso del respirador o limitar su habilidad para trabajar: Sí No

3. ¿Ha tenido *alguna* vez 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. Neumotórax (pulmón colapsado) Sí No

I. Cáncer pulmonar Sí No

j. Costillas quebradas Sí No

k. Alguna lesión u operación del pecho Sí No

l. Historial de sinusitis o rinitis severa (resfriados) Sí No

m. Algún otro problema pulmonar del que ha sido informado Sí No

4. ¿Tiene usted *actualmente* alguno de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar?

a. Falta de respiración Sí No

b. Falta de respiración cuando camina ligero en superficies llanas o en colina o inclinación leve Sí No

c. Falta de respiración cuando camina con otras personas a paso normal sobre superficie llana Sí No

d. Tiene que parar para coger respiración cuando camina a su propio paso sobre superficie llana Sí No

e. Falta de respiración cuando se baña o se viste Sí No

f. Falta de respiración que interfiere con su trabajo Sí No

- g. Tos que produce flema (esputo espeso) Sí No
- h. Tos que le despierta temprano en la mañana Sí No
- i. Tos que ocurre mayormente cuando está acostado(a) Sí No
- j. Ha tosido sangre en el último mes? Sí No
- k. Jadeo Sí No
- l. Jadeo que interfiere con su trabajo Sí No
- m. Dolor en el pecho cuando respira profundamente Sí No
- n. Algún otro síntoma que pueda estar relacionado con enfermedades de los pulmones Sí No

5. ¿Ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?

- a. Ataque del corazón Sí No
- b. Derrame cerebral Sí No
- c. Angina de pecho Sí No
- d. Fallo cardíaco Sí No
- e. Piernas o pies hinchados (sin haber caminado) Sí No
- f. Arritmia cardíaca (corazón late irregularmente) Sí No
- g. Alta presión arterial Sí No
- h. Algún otro problema del corazón del que ha sido informado Sí No

6. ¿Ha tenido alguna vez alguno de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?

- a. Dolor o apretura frecuentes en el pecho Sí No
- b. Dolor o apretura en el pecho durante actividad física Sí No
- c. Dolor o apretura en el pecho que interfiere con su trabajo Sí No
- d. En los últimos dos años, ¿ha notado que su corazón late irregularmente? Sí No
- e. Pirosis o indigestión no relacionada con comer Sí No
- f. Algún otro síntoma que usted cree podría estar relacionado con problemas del corazón o la circulación Sí No

7. ¿Toma usted algún medicamento actualmente para alguno de los siguientes problemas?

- a. Problemas respiratorios o de los pulmones Sí No
- b. Problemas del corazón Sí No
- c. Alta presión arterial Sí No
- d. Convulsiones Sí No

¿Está tomando otros medicamentos, incluyendo los que se compran sin receta? Sí No

Si la respuesta es "Sí", favor de anotarlos: _____

8. Si usted ha usado un respirador antes, ¿ha tenido alguna vez algunos de los siguientes problemas? (Si nunca ha usado un respirador, indíquelo en el siguiente espacio y pase a la pregunta 9):

- a. Irritación de los ojos Sí No
- b. Alergias o erupciones de la piel Sí No
- c. Ansiedad Sí No
- d. Debilidad o cansancio general Sí No
- e. Cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador: Sí No

9. ¿Le gustaría hablar sobre sus respuestas con el profesional del cuidado de la salud que revisará este cuestionario? Sí No **Las preguntas del 10 al 17 que siguen deben ser contestadas por todos aquellos empleados que han sido seleccionados para usar un respirador que cubre toda la cara o un respirador autónomo (SCBA).** Es voluntario contestar estas preguntas para aquellos empleados que han sido seleccionados para usar otros tipos de respiradores.

10. ¿Ha perdido la visión alguna vez en alguno de los ojos (temporera o permanentemente)? Sí No

11. ¿Tiene actualmente algunos de los siguientes problemas con la visión?

- a. Usa lentes de contacto Sí No
- b. Usa espejuelos Sí No
- c. Imposibilidad de distinguir colores Sí No
- d. Algún otro problema con la visión Sí No

12. ¿Se ha lesionado alguna vez los oídos, incluyendo el oído medio? Sí No

13. ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas de la audición?

- a. Dificultad para oír Sí No
- b. Usa audífono(s) Sí No
- c. Algún otro problema de los oídos Sí No

14. ¿Se ha lesionado la espalda alguna vez? Sí No

15. ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas musculoesqueléticos?

- a. Debilidad en alguno de sus brazos, manos, piernas o pies Sí No
- b. Dolor de espalda Sí No
- c. Dificultad en el movimiento de sus brazos y piernas Sí No
- d. Dolor o rigidez en la cintura cuando se dobla hacia el frente o hacia atrás Sí No
- e. Dificultad en mover la cabeza hacia arriba o hacia abajo Sí No
- f. Dificultad en mover la cabeza de lado a lado Sí No
- g. Dificultad en doblar las rodillas Sí No
- h. Dificultad en ponerse en cuclillas Sí No
- i. Dificultad en subir escaleras cargando más de 25 lbs. Sí No
- j. Algún otro problema muscular o musculoesquelético que interfiera con el uso del respirador Sí No

16. ¿Se le ha tomado alguna vez una radiografía del pecho? Sí No
Si la respuesta es "Sí", ¿cuál fue la fecha? _____
Que usted sepa, ¿le encontraron alguna anomalía? Sí No
Si la respuesta es "Sí", favor de describir _____

17. ¿Se le ha hecho alguna vez un examen respiratorio? Sí No
Si la respuesta es "Sí", ¿cuál fue la fecha? _____

Que usted sepa, ¿le encontraron alguna anomalía? Sí No

Si la respuesta es "Sí", favor de describir _____

Parte B: Cualquiera de las siguientes preguntas y otras que no se han incluido pueden agregarse al cuestionario, a discreción del profesional del cuidado de la salud que revise el cuestionario.

1. Describa el trabajo que hará mientras usa el respirador:

2. ¿Usará alguno de los siguientes artículos con su respirador?

- a. Filtros HEPA (rosado, rojo) Sí No
- b. Filtros (por ejemplo, máscara para gases) Sí No
- c. Cartuchos Sí No

3. ¿Con cuánta frecuencia tendrá que usted usar el respirador? (Conteste las preguntas que se aplican a usted marcando "Sí" o "No".)

- a. Para escapar solamente (no rescate) Sí No
- b. Rescate de emergencia solamente Sí No
- c. Menos de 5 horas *semanales* Sí No
- d. Menos de 2 horas *diarias* Sí No
- e. De 2 a 4 horas *diarias* Sí No
- f. Más de 4 horas *diarias* Sí No

4. Durante el tiempo que usa el respirador, ¿es su esfuerzo de trabajo:

a. *Liviano*: [ej., sentado(a) mientras escribe a máquina o manualmente; haciendo trabajo liviano de ensamblaje; o de pie mientras opera una taladradora (1-3 lbs.) o controlando máquinas]

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto dura este período durante el turno promedio?: _____ hrs. _____ mins.

b. *Moderado*: [ej., sentado mientras clava o lima; maneja un camión o autobús en tráfico urbano; de pie mientras taladra, clava o ensambla una carga moderada (unas 35 lbs.) a nivel de enlace; camina; empuja una carretilla con una carga pesada (unas 100 lbs.) en una superficie nivelada]

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto dura este período durante el turno promedio?: _____ hrs. _____ mins.

c. *Pesado*: [ej., levanta una carga pesada (unas 50 lbs.) desde el piso hasta su cintura u hombros; trabaja en embarcadero; paleando; parado mientras coloca ladrillos o desbasta metales; camina en una pendiente de 8 grados como a 2 mph; sube escaleras con una carga pesada (unas 50 lbs.)]

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto dura este período durante el turno promedio?: _____ hrs. _____ mins.

5. ¿Usará ropa protectora y/o equipo (además del respirador) cuando use el respirador?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", describa esta ropa protectora y/o equipo:

6. Describa cualquier condición especial o peligrosa a la que tendría que enfrentarse mientras usa su respirador (ej., espacios estrechos, gases que podrían causarle la muerte).

7. Anote las sustancias peligrosas con las que trabaja mientras usa su respirador:

8. Describa cualquier responsabilidad especial que tenga mientras usa el respirador que podría afectar la seguridad y la salud de otros (ej., rescate, seguridad):

9. ¿Ha trabajado alguna vez con algunos de los materiales, o bajo alguna de las condiciones indicadas a continuación?

a. Asbestos Sí No b. Sílice (ej., limpieza con arena) Sí No

c. Berilio Sí No d. Tungsteno/cobalto Sí

No

e. Aluminio Sí No f. Carbón (ej., minas) Sí

No

g. Hierro Sí No h. Ambientes polvorientos Sí

No

i. Estaño Sí No j. Disolventes (ej., pintura, lacas) Sí

No

k. Alguna otra exposición peligrosa Sí No

Si la respuesta es "Sí", describa estas exposiciones:

10. En su casa, ¿ha estado expuesto a disolventes peligrosos, químicos peligrosos en el aire (ej., gases, vapores o polvo), o ha estado su piel en contacto con químicos peligrosos? Sí

No

Si la respuesta es "Sí", indique los químicos, si sabe cuáles son:

11. Anote algún otro trabajo o negocio que usted tenga:

12. ¿Ha estado usted en el servicio militar? Sí No

Si la respuesta es “Sí”, ¿estuvo expuesto a agentes biológicos o químicos (bien en el entrenamiento o en combate)? Sí No

13. ¿Ha trabajado alguna vez en un equipo HAZMAT? Sí No