

PLEASE EMAIL TO [PROSAFE@GRANDECOM.NET](mailto:PROSAFE@GRANDECOM.NET)  
WHEN YOU HAVE COMPLETED FORM

### CUESTIONARIO DE LA CLARIDAD RESPIRATORIA

Al empleado: Su patrón debe permitirle contestar este cuestionario durante las horas normales de trabajo o en un tiempo y lugar que sean convenientes para usted. Para mantener su confidencialidad, su patrón o supervisor NO DEBE ver o revisar sus respuestas y le debe decir como entregar o enviar este cuestionario al profesional de la salud que lo revisara.

PUEDE LEER Y ENTENDER ESTE CUESTIONARIO? SI NO					FECHA DE HOY:	
APELLIDO:			NOMBRE:		INICIAL 20	FECHA DE NAC.:
					NOMBRE:	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	SEXO: M F	ALTURA:	PESO:	RAZA (CIRCULE UNO): BLANCO NEGRO ASIATICO HISPANO OTRO		EDAD:
NOMBRE DE LA COMPANIA:				SU POSICION:		
Numero telefonico ( ) ____ - ____ Mejor hora para llamar _____.M.		Por favor proporciones un número de teléfono donde pueda ser localizado por <b>h2u at work/Mainland Medical Center</b> , quien revisara este cuestionario.				
SI	NO	Su patrón le dijo como contactar al profesional de la salud que revisa este cuestionario?				
		Alguna vez ha usado un respirador? De qué tipo: _____				
<b>Marque el tipo de respirador que utilizara (puede marcar más de una categoría):</b>						
Respirador desechable N, R, o P (mascara de filtro solo sin cartucho)						
Otro tipo (por ejemplo media cara o cara completa, purificador de aire eléctrico, aparatos de respiración de suministro de aire o sin suministro).						
<b>Las preguntas 1 a 9 deben ser contestadas por cualquier empleado que haya sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador.</b>						
SI	NO	1. Actualmente fuma tabaco o lo ha fumado en el último mes?				
<b>2. Alguna vez ha tenido las siguientes condiciones:</b>						
SI	NO		SI	NO		
		a. Ataques epilepticos			c. Reacciones alérgicas que interfieran con su respiración	
		b. Diabetes (enfermedad del azúcar)			d. Claustrofobia (miedo a espacios cerrados)?	
		Esta condición es controlada por medicina o dieta?			e. Problemas oliendo olores?	
<b>3. Ha tenido algunas vez cualquiera de los siguientes problemas pulmonares?</b>						
SI	NO		SI	NO		
		a. Asbestosis?			g. Silicosis?	
		b. Asma?			h. Pulmón Neumotórax colapsado?	
		c. Bronquitis crónica?			i. Cáncer de pulmón?	
		d. Enfisema?			j. Costillas rotas?	
		e. Neumonía?			k. Cirugías o lesiones en el pecho?	
		f. Tuberculosis?			l. Cualquier otro problema en los pulmones que se le haya dicho?	
<b>4. Actualmente tiene cualquiera de los siguientes síntomas de enfermedades pulmonares? Si contesto si a cualquier pregunta a-i, por favor indique la severidad de los síntomas (leve, moderado, o severo).</b>						
SI	NO		SI	NO		
		a. Falta de respiración			g. Tos que produce flema (moco espeso)	
		b. Falta de respiración cuando camina rápido al nivel de la tierra o cuando sube una pendiente ligera			h. Tos que lo levanta temprano en la mañana	
		c. Falta de respiración cuando camina con otras personas a un paso normal al nivel del suelo			i. Tos que ocurre principalmente cuando esta acostado j. Tos con sangre en el último mes	
		d. Tiene que detenerse para respirar cuando camina a su propio paso al nivel del suelo			k. Respirar con dificultad	
		e. Falta de respiración cuando se baña o se viste			l. Cualquier otro problema en los pulmones que se le haya dicho?	
		f. Falta de respiración que interfiere con su trabajo			m. Dolor en el pecho cuando respire profundamente	

				n. Cualquier otro síntoma que usted piense pueda estar relacionado con problemas del pulmón?					
<b>5. Ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?</b>									
SI	NO				SI	NO			
		a. Ataque al corazón					e. Hinchazón en sus pies o piernas (no causado por caminar)		
		b. Embolia					f. Arritmia del corazón (latidos irregulares)		
		c. Angina					g. Presión Sanguínea Alta ; Lectura de la presión: _____		
		d. Falla del Corazon					h. Algún otro problema que se le haya dicho?		
<b>Si contesto SI a cualquier pregunta 5a-5h, cuando fueron sus últimos síntomas? _____</b>									
<b>6. Ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?</b>									
SI	NO								
		a. Dolores frecuentes o tensión en el pecho							
		b. Dolor o tension en el pecho durante periodos de actividad física							
		c. Dolor o tensión en el pecho que interfiere con su trabajo							
		d. En los últimos 2 años ha notado que su corazón pierde algunos latidos							
		e. Acides o indigestión que no está relacionada con lo que come							
		f. Cualquier otro síntoma que usted piense pueda estar relacionado con problemas del corazón o la circulación							
<b>7. Actualmente toma medicamentos por cualquiera de los siguientes problemas?</b>									
SI	NO				SI	NO			
		a. Problemas del pulmón o respiración					c. Presión arterial		
		b. Problemas del corazón					d. Ataques epilépticos		
<b>8. Si usted ha usado un respirador, alguna vez ha tenido alguno de los problemas siguientes? (Marque N/A si nunca ha usado un respirador antes)</b>									
SI	NO	N/A				SI	NO	N/A	
			a. Irritación de ojos					b. Alergias en la piel o erupciones	
			c. Ansiedad					d. Cansancio general o fatiga	
			e. Cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador						
<b>9. Le gustaría hablar acerca de sus respuestas con el profesional de la salud que revisara este cuestionario?</b>									
SI	No	Desconocido							
<b>Si usted contesto SI a cualquiera de la preguntas 1-9, esta condición interfiere con su habilidad para desempeñar sus labores mientras usa el respirador?</b>									
<b>10. Alguna vez ha perdido la visión en alguno de los ojos (temporalmente o permanentemente)?</b>									
<b>11. Actualmente tiene cualquiera de los siguientes problemas de visión?</b>									
SI	NO				SI	NO			
		a. Usa lentes de contacto					c. Usa lentes		
		b. Ceguera a los colores					d. Cualquier otro problema de visión o de los ojos		
<b>12. Alguna vez ha tenido una lesión en el oído, incluyendo un tímpano roto?</b>									
<b>13. Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas de audición?</b>									
SI	NO				SI	NO			
		a. Dificultad para escuchar					c. Cualquier otro problema de audición o de los oídos		
		b. Usa ayuda para oír							
<b>14. Alguna vez ha tenido alguna lesión en la espalda?</b>									
<b>15. Actualmente tiene cualquiera de los siguientes problemas musculares o del esqueleto?</b>									
SI	NO				SI	NO			
		a. Debilidad en los brazos, manos, piernas o pies					f. Dificultad para mover la cabeza completamente de lado a lado		
		b. Dolor de espalda					g. Dificultad doblando las rodillas		
		c. Dificultad moviendo totalmente los brazos y las piernas					h Difficulty squatting to the ground		
		d. Dolor o rigidez en la cintura cuando se inclina hacia adelante o hacia atras					i. Dificultad subiendo escaleras cargando más de 25 lbs		
		e Dificultad moviendo totalmente su cabeza hacia arriba y abajo					j Cualquier otro problema muscular o del esqueleto que interfiera con el uso de un respirador		
SI	No	Unknown							
<b>Si usted contesto SI a cualquiera de la preguntas 13-15, esta condición interfiere con su habilidad para desempeñar sus labores mientras usa un respirador?</b>									

Entiendo que dar falsas respuestas a las preguntas anteriores puede resultar en que yo sea puesto en una situación peligrosa a mí mismo y a otros porque puedo ser autorizado a un trabajo el cual no soy capaz de desempeñar fácilmente. Declaro que he contestado las preguntas del cuestionario medico con lo mejor de mi conocimiento y que las respuestas son completas y verdaderas.

FIRMA DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_