



315 S. Abbott Ave., Milpitas CA 95035 tel. 408-790-2900
 2737 Walsh Ave., Santa Clara CA 95051 tel. 408-228-8400

OSHA Respirator Medical Evaluation Questionnaire (Mandatory)

Part A. Section 1.

Para ser completado por aplicantes/empleados seleccionados para usar algun tipo de respirados. Letra de imprenta

_____ , _____ Masculino _____
 Apellido Nombre Femenino Seguro Social Fecha

_____ (al mas reciente ano) _____ ft. _____ in. _____ lbs. _____
 Edad Estatura Peso Nombre del patron Titulo del trabajo

Un numero de telefono donde pueda ser contactado por el medico revisando su cuestionario?
 (_____) _____ Que hora seria mejor para llamarle a este numero? _____ AM / PM

AL PATRON: Respuestas a las preguntas en la seccion 2 no requieren de examen.

AL EMPLEADO: Puede usted leer? Si No

Su patron debe permitirle completar este cuestionario durante sus horas normales de trabajo en un sitio y una hora que le resulten convenientes a usted. Para mantener esta informacion confidencial, su supervisor o su patron no deberan revisar sus respuestas y tan solo deberan decirle como hacerlo llegar este cuestionario al medico que lo ha de revisar.

Le ha dicho su patron como contactar al medico que nesecita revisar este cuestionario? Si No

Marque el tipo de respirador que utiliza usted? (Marque lo que aplique.)

- a. Respiradores desechables N,R o P.
 b. Otros tipo. (half or full-face piece, powered-air purifying, supplied-air, self contained breathing apparatus.)

Ha utilizado repiradores antes? Si Si No

Indique los tipos:

Parte A. Seccion 2. Para ser completado por aplicantes/empleados seleccionados para usar algun tipo de respirador.

Marque Si o No con un circulo.

- | | | | |
|---|----|-------|------------------|
| 1. Fuma usted actualmente o ha fumado durante el ultimo mes? | Si | No | Cuantos? _____ |
| 2. Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones? | | | |
| 1.. Convulsiones | 1 | Si No | |
| 2. Diabetes (azucar en la sangre). | 2 | Si No | |
| 3.. Reacciones alergicas afectando la respiracion. | 3 | Si No | |
| 4.. Claustrofobia (Miedo a sitios encerrados): | 4 | Si No | |
| 5. Problema oliendo olores. | 5 | Si No | |
| 3. Alguna vez ha tenido algun de las siguientes condiciones en los pulmones? | | | |
| 1. Asbestosis: | 1 | Si No | |
| 2. Asma: | 2 | Si No | |
| 3.. Bronquitis cronica: | 3 | Si No | |
| 4. Emfisema: | 4 | Si No | |
| 5. Pneumonia | 5 | Si No | |
| 6. Tuberculosis: | 6 | Si No | |
| 7. Silicosis: | 7 | Si No | |
| 8. Pneumotorax (colapso del pulmon): | 8 | Si No | |
| 9. Cancer del pulmon: | 9 | Si No | |
| 10. Costillas Rotas: | 10 | Si No | |
| 11. Lesiones,heridas o cirugia del pecho: | 11 | Si No | |
| 12. Algun otro problema pulmonar: | 12 | SI No | |
| 4. Tiene actualmente alguno de los siguientes sintomas pulmonares o respiratorios? | | | |
| 1. Dificultad para respirar: | 1 | Si No | |
| 2.. Dificultad para respirar al caminar rapido en suelo nivelado o ligeramente inclinado: | 2 | Si No | |
| 3.. Dificultad respiratoria al caminar con otros a paso normal y en suelo nivelado: | 3 | Si No | |
| 4.. Ha tenido que parar por falta de aire al caminar a paso normal y en suelo nivelado: | 4 | Si No | |
| 5.. Dificultad para respirar al banarse o vestirse: | 5 | Si No | |
| 6.. Dificultad para respirar que interfiere con el trabajo: | 6 | Si No | |
| 7.. Tos con produccion de flema (esputo espeso): | 7 | Si No | |
| 8. Tos que lo despierta en la manana: | 8 | Si No | |
| 9.. Tos que predomina al recostarse: | 9 | Si No | |
| 10. Tos con sangre durante el ultimo mes: | 10 | Si No | |
| 11.. Sibilancias y pitos en el pecho: | 11 | Si No | |
| 12.. Pitos en el pecho que interfieren con el trabajo: | 12 | Si No | |
| 13.. Dolor en el pecho al respirar profundo: | 13 | Si No | |
| 14. Otros sintomas que parezcan relacionados con los pulmones: | 14 | Si No | (SEE OTHER SIDE) |

5. Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas cardiovasculares or del corazon?
- | | | | |
|--|---|----|----|
| 1. Ataque al corazon: | 1 | Si | No |
| 2. Trombosis cerebral: | 2 | Si | No |
| 3. Angina o dolor en el corazon: | 3 | Si | No |
| 4. Insuficiencia cardiaca: | 4 | Si | No |
| 5. Hinchazon en los pies no relacionados con el caminar: | 5 | Si | No |
| 6. Arritmia cardiaca(palpitaciones): | 6 | Si | No |
| 7. Presion arterial alta: | 7 | Si | No |
6. Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes sintomas cardiovasculares o del corazon?
- | | | | |
|---|---|----|----|
| 1. Dolor u opresion en el pecho frecuentes: | 1 | Si | No |
| 2. Dolor u opresion en el pecho con el ejercicio: | 2 | Si | No |
| 3. Dolor u opresion en el pecho que interfiere con el trabajo: | 3 | Si | No |
| 4. En los ultimos dos anos, ha notado la ausencia de un latido en su corazon: | 4 | Si | No |
| 5. Acidez o indigestion no relacionado con comer: | 5 | Si | No |
| 6. Otros sintomas que parezcan relacionados con el corazon o con problemas circulatorios: | 6 | Si | No |
7. Toma actualmente medicinas para alguna de los siguientes problemas?
- | | | | |
|--|---|----|----|
| 1. Problemas respiratorios o pulmonares: | 1 | Si | No |
| 2. Problemas del corazon: | 2 | Si | No |
| 3. Presion sanguinea: | 3 | Si | No |
| 4. Convulsiones(ataques) | 4 | Si | No |
8. Alguna vez ha usado un respirador? Si lo ha usado, ha tenido alguno de los siguientes problemas?
- | | | | |
|---|---|----|----|
| 1. Irritacion en los ojos: | 1 | Si | No |
| 2. Alergias o erupciones en la piel: | 2 | Si | No |
| 3. Ansiedad | 3 | Si | No |
| 4. Debilidad general o fatiga: | 4 | Si | No |
| 5. Calquier otro problema que haya interferido con el uso del respirador? | 5 | Si | No |
9. Le gustaria hablar con el medico que va revisar su cuestionario? Si No

Preguntas 10-15 deben ser contestados por todos los aplicantes/empleados seleccionados para usar respiradores de mascara completa o un aparato de respiracion autocontenido(SCBA). Para empleados seleccionados par usar otros tipos de respiradores, la respuesta a estas preguntas es voluntario. Por favor, conteste marcando Si o No.

10. Ha perdido alguna vez la vision en alguno de los dos ojos de manera temporal o permanente? Si No
11. Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas visuales?
- | | | | |
|---|---|----|----|
| 1. Usa lentes de contacto: | 1 | Si | No |
| 2. Usa lentes: | 2 | Si | No |
| 3. Cegura a los colores: | 3 | Si | No |
| 4. Cualquier otro problema de vision o en los ojos: | 4 | Si | No |
12. Alguna vez a lesionado los oidos o se ha roto el timpano? Si No
13. Tiene actual mente alguno de los siguientes problemas de oidos:
- | | | | |
|--|---|----|----|
| 1. Dificultad para oir: | 1 | Si | No |
| 2. Usa dispositivos para ayudarlo a oir: | 2 | Si | No |
| 3. Algun otro problema de audicion o en sus oidos: | 3 | Si | No |
14. Alguna vez se a lastimado la espalda? Si No
15. Tiene usted actualmente alguno de los siguientes problemas musculoesqueleticos?
- | | | | |
|---|----|----|----|
| 1. Debilidad en alguno de sus brazos, manos, piernas o pies: | 1 | Si | No |
| 2. Dolor de esplada: | 2 | Si | No |
| 3. Dificultad para mover sus brazos o piernas totalmente: | 3 | Si | No |
| 4. Dolor o rigidez al flexionar o extender la cintura: | 4 | Si | No |
| 5. Dificultad para flexionar o extender la cabeza: | 5 | Si | No |
| 6. Dificultad para mover la cabeza hacia los lados: | 6 | Si | No |
| 7. Dificultad al doblar sus rodillas: | 7 | Si | No |
| 8. Dificultad para agacharse | 8 | Si | No |
| 9. Dificultad para subir untramo de escaleras cargando mas de 25 libras: | 9 | Si | No |
| 10. Cualquier otro problema musculoesqueletico que interfiera con el uso de respiradores: | 10 | Si | No |

Nombre de empleado/Firma	Fecha	Clinician's Signature	Date