

Axiom Medical Consulting, LLC
Apéndice C: Cuestionario de Evaluación Médico obligado por la OSHA
Parte 29 CFR 1910.134 Mandatorio para Protección del Sistema Respiratorio

Para el empleado:

Puede usted leer (Marque uno): Sí No

Usted puede completar esta forma en la computadora a través de un procesador de textos (por ejemplo, Microsoft Word), guardarlo y enviarlo por correo electrónico a nosotros, o puede imprimirlo y enviarlo por fax cuando esté completo.

Su compañía debe permitir responder estas preguntas durante horas de trabajo o en un tiempo y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener este cuestionario confidencial, solamente un representante de Axiom Medical Consulting, LLC y un representante médico / Servicios de Salud de su compañía pueden ver o revisar sus respuestas. Por favor envíe el cuestionario completado por correo, fax o correo *electrónico* a:

Axiom Medical Consulting, LLC
 4840 W. Panther Creek Drive, Suite 106
 The Woodlands, TX 77381
 (281) 419-7063 Oficina (281) 465-7150 Fax

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

- | | |
|--|---|
| <p>1. Fecha de hoy: _____</p> <p>2. Su Nombre: _____</p> <p>3. Fecha de nacimiento: _____</p> <p>4. Sexo (circule uno): Masculino Femenino</p> <p>5. Altura: _____ pies _____ pulgadas</p> <p>6. Peso: _____ Libras</p> <p>7. Su ocupación, título o tipo de trabajo: _____</p> <p>8. Su Número de Seguro Social o Número de Empleado: _____</p> | <p>9. Número de teléfono al donde pueda ser llamado por un profesional de sanidad con licencia que revisara este cuestionario (incluya el área): _____</p> <p>10. Indique la hora más conveniente para llamarle a este número: _____</p> <p>11. Compañía: _____</p> <p>12. ¿Le ha informado su supervisor como comunicarse con el profesional de sanidad con licencia que va a revisar este cuestionario (marque una respuesta)?: __ Sí No</p> |
|--|---|

13. Anote el tipo de equipo protector respiratorio que va utilizar (puede anotar más de una categoría):



_____ N R o P desechable



_____ Media Cara



_____ Cara Completa



_____ Atmosfera Suministro
 (SCBA or Airline) ESCAPAR SOLO

14. ¿Ha usado algún tipo de respirador? (marque una respuesta): _____ Sí No

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



_____ N R o P desechable



_____ Media Cara



_____ Cara Completa



_____ Atmosfera Suministro
 (SCBA or Airline) ESCAPAR SOLO

Parte A. Sección 2. (Mandatorio): Preguntas del 1 al 9 deben ser contestadas por cada empleado que fue seleccionado a usar cualquier tipo de respirador. Marque “Sí” o “No” para indicar sus repuestas.

1. ¿Actualmente fuma tabaco, o ha fumado tabaco durante el último mes?: _____ Sí No
 En caso afirmativo, ¿Cuánto fuma a diario y durante cuántos años? _____ paquetes por día _____ años

2. ¿Ha tenido algunas de las siguientes condiciones médicas?
 - a. Convulsiones: _____ Sí No
 Si usted contesta Sí,
 - i. ¿La convulsión más reciente fue en los últimos dos años? _____
 - ii. ¿Está tomando algún medicamento de prescripción para las convulsiones actualmente? _____
 - iii. ¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico para las convulsiones? _____
 - b. Diabetes (azúcar en la sangre): _____ Sí No
 - i. ¿Tiene Diabetes actualmente? Sí No
 Si usted contesta Sí,
 - i. ¿Con qué frecuencia se examina los niveles de azúcar?
 _____ Diario _____ Semanal _____ Menos frecuente
 - ii. ¿Alguna vez ha tenido un episodio de hipoglucemia (nivel bajo de azúcar) en los últimos seis meses?

 - iii. ¿Usted toma insulina? _____
 - iv. ¿Toma medicación oral (pastillas) para la diabetes? _____
 - v. ¿Usted y su médico piensa que su azúcar en la sangre está bajo control? _____
 - c. Reacciones alérgicas que no lo deja respirar: _____ Sí No
 - d. Claustrofobia (miedo de estar en espacios cerrados): _____ Sí No
 - e. Dificultad oliendo excepto cuando ha cogido un resfriado: _____ Sí No

Si usted contestó NO a todas las preguntas anteriores pase a la pregunta 3.

Si usted contestó SÍ a alguna de las preguntas anteriores explique por cuánto tiempo, y sus medicamentos:

¿Hay alguna condición que usted contestó Sí a arriba que le impida usar un respirador? _____ Sí No

3. ¿Ha tenido algunos 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 en los pulmones: _____ Sí No
 - j. Costillas quebradas: _____ Sí No
 - k. Cualquier lesión en el pecho o cirugías: _____ Sí No
 - l. Algún otro problema de los pulmones que le ha dicho su médico: _____ Sí No

Si usted contestó NO a todas las preguntas anteriores pase a la pregunta 4.

Si usted contestó SÍ a alguna de las preguntas anteriores explique por cuánto tiempo, y sus medicamentos

¿Hay alguna condición que usted contestó Sí a arriba que le impida usar un respirador? _____ Sí No

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

- | | | |
|---|----|----|
| a. Respiración dificultosa:_____ | Sí | No |
| b. Respiración dificultosa cuando camina rápido sobre terreno plano o subiendo una colina o pendiente:_____ | Sí | No |
| c. Respiración dificultosa caminando normalmente con otras personas sobre terreno plano:_____ | Sí | No |
| i. Dificultad para respirar al usar un respirador:_____ | | |
| d. Cuando camina normalmente en terreno plano se encuentra corto de resuello?:_____ | Sí | No |
| e. Respiración dificultosa cuando se está bañando o vistiendo:_____ | Sí | No |
| f. Respiración dificultosa que lo impide trabajar:_____ | Sí | No |
| g. Tos que produce flema (esputo espeso):_____ | Sí | No |
| h. Tos que lo despierta temprano en la mañana:_____ | Sí | No |
| i. Tos que ocurre cuando esta acostado:_____ | Sí | No |
| j. Ha tosido sangre en el último mes:_____ | Sí | No |
| k. Silbar o respirar con mucha dificultad:_____ | Sí | No |
| l. Silbar que lo impide trabajar:_____ | Sí | No |
| m. Dolor del pecho cuando respira profundamente:_____ | Sí | No |
| n. Otros síntomas que usted crea estar relacionados a los pulmones:_____ | Sí | No |

Si usted contestó NO a todas las preguntas anteriores pase a la pregunta 5.

Si usted contestó SÍ a alguna de las preguntas anteriores explique cuánto tiempo, y sus medicamentos

¿Hay alguna condición que usted contestó Sí a arriba que le impida usar un respirador?_____ Sí No

5. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas con el corazón?

- | | | |
|---|----|----|
| a. Ataque cardíaco:_____ | Sí | No |
| b. Ataque cerebrovascular:_____ | Sí | No |
| c. Dolor en el pecho:_____ | Sí | No |
| d. Falla de corazón:_____ | Sí | No |
| i. ¿Se le ha diagnosticado con Insuficiencia Cardíaca Congestiva?:_____ | | |
| e. Hinchazón en las piernas o pies (que no sea por caminar):_____ | Sí | No |
| f. Latidos irregulares del corazón:_____ | Sí | No |
| g. Alta presión:_____ | Sí | No |
| h. Algún otro problema cardio-vascular o cardíaco:_____ | Sí | No |

Si usted contestó NO a todas las preguntas anteriores pase a la pregunta 6.

Si usted contestó SÍ a alguna de las preguntas anteriores explique cuánto tiempo, y sus medicamentos

¿Hay alguna condición que usted contestó Sí a arriba que le impida usar un respirador?_____ Sí No

6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas causados por su corazón?

- | | | |
|--|----|----|
| 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. Otros síntomas que puedan ser causados por problemas de su corazón o de circulación:_____ | Sí | No |

Si usted contestó NO a todas las preguntas anteriores pase a la pregunta 7.

Si usted contestó SÍ a alguna de las preguntas anteriores explique cuánto tiempo, y sus medicamentos

¿Hay alguna condición que usted contestó Sí a arriba que le impida usar un respirador?_____ Sí No

7. ¿Está tomando medicina por alguno de los siguientes problemas?

- | | | |
|--|----|----|
| a. Problemas respiratorios o pulmonares:_____ | Sí | No |
| b. Problemas del corazón:_____ | Sí | No |
| c. Alta presión :_____ | Sí | No |
| i. ¿Si usted contesta Sí, ¿Cuál fue su última lectura de la presión arterial?_____ | | |
| d. Convulsiones (ataques):_____ | Sí | No |

Si usted contestó NO a todas las preguntas anteriores pase a la pregunta 8.

Si usted contestó SÍ a alguna de las preguntas anteriores explique cuánto tiempo, y sus medicamentos

¿Hay alguna condición que usted contestó Sí a arriba que le impida usar un respirador?_____ Sí No

8. ¿Le ha causado alguno de los siguientes problemas usando el respirador? (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 de la piel o sarpullido: _____ | Sí | No |
| c. Ansiedad que ocurre solamente cuando usa el respirado: _____ | 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 sanidad con licencia autorizado por el estado que revisara este cuestionario sobre sus respuestas?: _____ Sí No

Las preguntas del 10 al 15 deben ser contestadas por los empleados seleccionados para usar una máscara con cartucho químico o aparato respiratorio autónomo (SCBA). Los empleados que usan otro tipo de respiradores, la respuesta a estas preguntas son voluntarias.

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

11. ¿Corrientemente tiene algunos de los siguientes problemas con su vista?

- | | | |
|---|----|----|
| a. Usa lentes de contacto: _____ | Sí | No |
| b. Usa lentes / anteojos: _____ | Sí | No |
| c. Daltoniano (dificultad distinguiendo colores): _____ | Sí | No |
| d. Tiene algún otra problema con sus ojos o su vista: _____ | Sí | No |

12. ¿Ha tenido daño o lesión en los oídos incluyendo rotura del tímpano: _____ Sí No

13. ¿Actualmente tiene uno de los siguientes problemas de audición?

- | | | |
|--|----|----|
| a. Dificultad para oír: _____ | Sí | No |
| b. Usa un audífono: _____ | Sí | No |
| c. Tiene algún otro problema con sus oídos o dificultad escuchando _____ | Sí | No |

14. ¿Alguna vez has tenido una lesión en la espalda o dolor?: _____ Sí No

i. ¿Siente que su dolor de espalda va a interferir con el uso de un respirador?

15. ¿Tiene uno de los siguientes problemas de su aparato muscular o esqueleto?

- | | | |
|--|----|----|
| 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 agarrotamiento cuando se inclina para adelante o para atrás: _____ | Sí | No |
| e. Dificultad para mover su cabeza hacia arriba o para abajo completamente: _____ | Sí | No |
| f. Dificultad para mover su cabeza de lado a lado: _____ | Sí | No |
| g. Dificultad para agacharse doblando sus rodillas: _____ | Sí | No |
| h. Dificultad para agacharse hasta tocar el suelo: _____ | Sí | No |
| i. Dificultad subiendo escaleras cargando más de 25 libras: _____ | Sí | No |
| j. Alguno problema muscular o con sus huesos que le impide usar un respirador: _____ | Sí | No |

¿Hay alguna condición que usted contestó Sí a arriba que le impide uso de un SCBA? _____ Sí No

16. En su trabajo actual, ¿Va alguna vez necesitar usar su respirador cuando se trabaje a gran altura (más de 8000 pies) o en un lugar que tiene más bajos que las cantidades normales de oxígeno? _____ Yes No

i. Si usted contesta Sí, ¿Tiene la sensación de mareos, falta de aliento, palpitaciones en el pecho u otros síntomas cuando se está trabajando en estas condiciones?

Si usted contestó Sí a cualquiera de las preguntas (10 - 16) mencionados anteriormente, explique por cuánto tiempo, y sus medicamentos: