

Ha utilizado un respirador o la proteccion respiratoria mientras en el trabajo en el pasado? ___si ___no

C. Historial Medio

Esta bajo tratamiento de un especialista por problemas respiratorias? ___si ___no

Alguna vez ha tenido una radiografia? ___si ___no

Si su respuesta es si, cuando fue su ultima radiografia? _____

Y, cual fue la razon por la q usted tuvo q tomarse una radiografia? _____

El doctor que le tomo la radiografia le dijo q fue normal? ___si ___no

si su respuesta es no, que fue notado? _____

Recibi tratamiento para este problema, si uvo alguno? _____

Fuma cigarillos actualmente? ___si ___no

Cuantas cajetillas por dia? _____ Por cuantos anos?

Anteriormente fumaba cigarillos? ___si ___no

Si su respuesta es si, cuando dejo de fumar?

Tiene usted algunos de los problemas ahora, o en el ultimo ano?

___si ___no Asthma ___si ___no Tos con sangre

___si ___no Bronchitis ___si ___no Pulmonia

___si ___no cancer en los pulmones ___si ___no Sinusitis cronica

___si ___no tos cronica ___si ___no Dolor de garganta recurrente

___si ___no alergias chronicas ___si ___no falta de aliento

Por favor explique si contesto "si" a alguna pregunta:

Ahora o en el ultimo ano uso algun medicamento para tratamiento de algun problema respiratorio?
(antibioticos, inhaladores, tratamientos de respiracion, etc) ___si ___no

Si su respuesta es si , indique los nombres, frecuencia de uso, y por que se utilizan:

Le gustaria hablar con un profesional de la salud acerca de su historial madico, como se relaciona a la exposicion a la silice ? ___si ___no

firma _____

fecha _____