



5151 Katy Fwy, Suite 170 Houston TX 77007 Tel (713) 802-0801

Calificador de Respirador Médico

Empleado (Escriba en letra de molde) _____ Compañía _____

Fecha de la forma _____ Fecha del Ultimo Examen
Físico Respiratorio _____

Nota: Respuestas a las preguntas en la sección #1, y a las preguntas en la sección #2 de la parte A, no requiere un Examen Medico

Declaración de HIPPA/ Aviso de privacidad

Propósito

El Propósito de este documento es para obtener información sobre su salud personal y a lo que usted ha estado expuesto en trabajos anteriores. Esta información sera obtenida por un empleado de Baker Concrete Construction Inc. y remitida a un profesional en medicina ocupacional para evaluar su habilidad en el uso seguro y correcto de un respirador. El profesional en Medicina Ocupacional evaluara la información en esta forma y proveerá un reporte a Baker. Baker se ha unido con Occucare para proveer estos servicios para usted.

Declaración De Privacidad

La siguiente información requerida en esta forma es privada: fecha de nacimiento, sexo, dirección etc. Lo cual pertenece a historial medico. Occucare no divulgara ninguna información privada sin su consentimiento por escrito, con excepción de lo requerido por la ley.

Occucare notificara a Baker Concrete de los siguientes hallazgos:

Si esta apto para usar un respirador y el tipo de respirador que usted puede utilizar.

Y si algún seguimiento sobre datos médicos sometidos sean necesarios.

Trabajador: Puede leer (circule una): Sí - No

Su patrón deberá permitirle contestar este formulario durante las horas normales de trabajo, o durante un tiempo y lugar conveniente para usted. Para mantener su confidencialidad, su patrón o supervisor no deberán mirar o revisar sus respuestas, y su patrón deberá decirle cómo enviar este cuestionario al profesional de salud quien lo revisará.

Parte A. Sección 1. (Obligatorio) La siguiente información deberá ser proveída por cada trabajador quien haya sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (**por favor imprima en letra de molde**)

1. Su Nombre		2. # de Empleador	- -
3. Dirección de la casa		4. Ciudad, Estado Código Postal	
5. Su Edad	6. Fecha de nacimiento / /	7. Sexo (marque uno)	M. - F.
8. Su estatura	pies pulgadas	9. Peso	libras
10. Clase de trabajo		11. Departamento	
12. Tel. de trabajo		13. Tel. de la Casa	
14. ¿Mejor horario y lugar para llamarle si se le necesita?			
15. ¿Le ha dicho su patrón cómo comunicarse con un profesional de la salud quien le revisará este formulario (marque uno) Sí / No			
16. Seleccione el tipo de respirador que usará (usted puede marcar más de una categoría): A. _____ (N) sin aceite, ® resistente al aceite o (P) respirador desechable resistente al Aceite (filtro-mascara, tipo solamente sin cartucho) B. _____ Otro tipo (por ejemplo, mitad- o careta completa, purificador a fuerza de aire, supridor de aire, aparato contenedor de respiración)			
17. ¿Ha usado un respirador (circule uno): Si / No		¿Qué tipo?	

Parte A. Sección 2. (Obligatorio) Las preguntas desde la 1 hasta la 9 deberán ser contestadas por cada trabajador quien ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (por favor marque “Sí “o “No”).

1. ¿Fuma tabaco actualmente o ha fumado tabaco durante el último mes?	SI	NO
2. ¿Ha tenido usted alguna vez las siguientes condiciones?		
a. Ataques	SI	NO
b. Diabetes (azúcar en la sangre)	SI	NO
c. Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración	SI	NO
d. Claustrofobia (miedo a lugares encerrados)	SI	NO
e. Problemas para diferenciar los olores	SI	NO
3. ¿Ha tenido usted cualquiera de los siguientes problemas pulmonares?		
a. Asbestosis	SI	NO

b. Asma	SI NO
c. Bronquitis Crónica	SI NO
d. Enfisema	SI NO
e. Neumonía	SI NO
f. Tuberculosis	SI NO
g. Silicosis	SI NO
h. Neumotorax (pulmón colapsado)	SI NO
i. Cáncer pulmonar	SI NO
j. Costillas rotas	SI NO
k. Cualquier heridas o cirugías en el pecho	SI NO
l. Cualquier otro problema pulmonar y que le hayan dicho	SI NO

4. ¿Tiene usted actualmente cualquiera de las siguientes enfermedades pulmonares	
a. Corto de respiración	SI NO
b. Corto de respiración cuando camina rápido en la calle o cuando escala pequeñas lomas o inclinaciones	SI NO
c. Corto de respiración cuando camina con otras personas a un paso normal al nivel de la tierra.	SI NO
d. Tiene que parar para respirar cuando camina a su propio paso al nivel de la tierra.	SI NO
e. Corto de respiración cuando se baña o se viste usted mismo	SI NO
f. Corto de respiración que interfiere con su trabajo	SI NO
g. Tos que produce flemas (expectoración espesa)	SI NO
h. Tos que lo despierta temprano en la mañana	SI NO
i. Tos que ocurre principalmente cuando está acostado boca abajo	SI NO
j. Tos con sangre durante el último mes	SI NO
k. Resuello Ruidoso	SI NO

l. Resuello que interfiere con su trabajo	SI NO
m. Dolor de pecho cuando respira profundamente	SI NO
n. Cualquier otro síntoma que considere relacionado a los pulmones	SI NO
5. ¿Ha tenido usted cualquiera de los siguientes problemas cardiovasculares o problemas del corazón?	
a. Ataques del corazón	SI NO
b. Ataque	SI NO
c. Angina	SI NO
d. Fallas del corazón	SI NO
e. Hinchazón en las piernas o pies (no causados por caminar)	SI NO
f. Arritmia cardiaca (palpitación irregular del corazón)	SI NO
g. Alta presión	SI NO
h. Cualquier otro problema cardiaco que le hayan dicho	SI NO

6. ¿Ha tenido usted algún síntoma cardiovascular o del corazón?	
a. Dolor frecuente o presión en el pecho	SI NO
b. Dolor o presión en el pecho durante actividades físicas	SI NO
c. Dolor o presión en el pecho que interfiere con su trabajo	SI NO
d. Ha notado que su corazón late irregularmente durante los pasados dos años	SI NO
e. Agruras o indigestión no relacionada con la comida	SI NO
f. Cualquier otro síntoma que crea usted que esté relacionado al corazón o problemas circulatorios	SI NO
7. ¿Actualmente está tomando medicamentos para cualquiera de los siguientes problemas?	
a. Respiración o problemas de los pulmones	SI NO
b. Problemas del corazón	SI NO

c. Presión en la sangre	SI NO
d. Ataques	SI NO
8. ¿Si ha usado un respirador, ha tenido usted cualquiera de los siguientes problemas?	
a. Irritación en los ojos	SI NO
b. Alergias en la piel o erupciones	SI NO
c. Ansiedad	SI NO
d. Debilidad o fatiga general	SI NO
e. Cualquier otro problema que interfiera con el uso del respirador	SI NO
9. ¿Le gustaría platicar con el profesional de la salud quien revisará este cuestionario acerca de sus respuestas de este formulario?	

1

Las preguntas de la 10 a la 15 de abajo deberán ser contestadas por cada trabajador quien ha sido seleccionado para usar ya sea un respirador con máscara completa o uno con aparato respirador de auto-contenedor (SCBA). Para empleados que han sido seleccionados para usar otro tipo de respiradores, contesten este formulario voluntariamente.

10. ¿Ha perdido la vista en cualquier ojo (temporal o permanentemente)?	SI NO
11. ¿Tiene actualmente cualquiera de los siguientes problemas?	
a. Usa lentes de contacto	SI NO
b. Usa anteojos	SI NO
c. No distingue los colores (color blind)	SI NO
d. Cualquier otro tipo de problema de la vista	SI NO
12. ¿Ha tenido alguna herida en sus oídos incluyendo un tímpano roto?	SI NO

13. Tiene actualmente cualquiera de los siguientes problemas auditivos	
a. Tiene dificultad para oír	SI NO
b. Usa un aparato para oír	SI NO
c. Cualquier otro problema auditivo o problemas en los oídos	SI NO
14. Ha tenido alguna lastimadura en la espalda	
SI NO	
¿Tiene usted actualmente cualquiera de los siguientes problemas oseo musculares?	
a. Debilidad en cualquiera de los brazos, manos, piernas o pies	SI NO
b. Dolor en la espalda	SI NO
c. Dificultad para mover completamente sus brazos y piernas	SI NO
d. Dolor o rigidez cuando se inclina hacia adelante o hacia atrás con la cintura	SI NO
e. Dificultad para mover completamente su cabeza hacia arriba o hacia abajo	SI NO
f. Dificultad para mover su cabeza completamente para los lados	SI NO
g. Dificultad para doblarse de sus rodillas	SI NO
h. Dificultad para sentarse en cuclillas en el suelo	SI NO
i. Escalar los escalones o una escalera cargando más de 25 libras	SI NO
j. Cualquier otro problema óseo o muscular que interfiera con el uso del respirador	SI NO

Parte B: Cualquiera de las siguientes preguntas y otras preguntas no enumeradas, pueden ser agregadas al cuestionario a discreción del profesional de la salud quien lo revisará.

1. Está usted trabajando en su trabajo a alturas (de más de 5,000 pies) o en lugares que tienen cantidades de Oxígeno bajas de lo normal.	SI NO
Si contestó sí, tiene usted alguna sensación de mareos, corto de respiración, golpes en su pecho u otros síntomas cuando está trabajando bajo estas condiciones.	SI NO
2. Ha sido usted expuesto en su trabajo o en su casa a solventes peligrosos o químicos peligrosos que se encuentran en el aire (e.g., gases, vapores o polvo), o su piel ha tenido contacto con químicos peligrosos	SI NO
Si contestó “si” mencione los químicos si los conoce	

3. Ha trabajado alguna vez con cualquiera de los materiales o bajo cualquier condición enumerada abajo	
a. Asbestos	SI NO
b. Sílica (e.g., lijando con arena a presión):	SI NO
c. Tungsteno/cobalto (e.g., cepillando o soldando este material):	SI NO
d. Berilo	SI NO
e. Aluminio	SI NO
f. Carbón (por ejemplo, minería):	SI NO
g. Acero	SI NO
h. Estaño	SI NO
i. Medio ambientes con polvo	SI NO
j. Cualquier otra exposiciones a materiales peligrosos	SI NO
Si contestó "sí" describa estas expuestas a dichos materiales.	
4. Enumere cualquier otro trabajo secundario o negocio que usted tenga	
5. Enumere sus ocupaciones anteriores	
6. Enumere sus pasatiempos actuales y anteriores	

7. Ha estado usted en el servicio militar	SI NO
Si contesto “sí” fue usted expuesto a agentes químicos o biológicos (ya sea durante el entrenamiento o combate)	SI NO
8. ¿Ha trabajado usted alguna vez en un HAZMAT team?	SI NO
9. Aparte de los medicamentos para respiración y problemas pulmonares, del corazón, presión sanguínea ataques mencionados anteriormente en este cuestionario, está usted tomando algún otro medicamento por cualquier otra razón (incluyendo medicinas sin receta)	SI NO
Si contestó “sí” nombre las medicinas si las conoce	
10. ¿Usará usted cualquiera de los siguientes artículos con su respirador(s)?	
a. Filtros HEPA	SI NO
b. Botes (por ejemplo, máscaras de gas):	SI NO
c. Cartuchos	SI NO

11. ¿Qué tan a menudo está usted esperando usar el respirador(s) (marque “sí” o “no” a todas las respuestas le corresponden a usted?)	
a. Escape solamente (no rescate)	SI NO
b. Rescate de emergencia solamente	SI NO
c. Menos de 5 horas por semana	SI NO
d. Menos de 2 horas por día	SI NO
e. De 2 a 4 horas por día	SI NO
f. Más de 4 horas por día	SI NO
12. Durante el periodo que usa el respirador(s), es su esfuerzo de trabajo	
a. Ligero (menos de 200 Kcal. por hora):	SI NO
Si contesto “sí,” cuanto dura este periodo durante un turno promedio ___ hrs. ___ min.	
Ejemplos de esfuerzo de un trabajo ligero son estar sentado mientras escribe, escribe a máquina, dibuja o desarrolla un trabajo de ensamblaje ligero; o estar parado mientras opera un taladro de prensa (1-3 lbs.) o controlar maquinarias.	

b. Moderado (de 200 a 350 Kcal. por hora):	SI NO
Si contestó "sí," cuanto dura este periodo durante un turno promedio: ____hrs. ____min.	
Ejemplos de un esfuerzo de trabajo moderado son estar sentado mientras clavas o limas; manejando un camión o autobús en tráfico urbano; estar parado mientras perforas, clavando, desarrollando un trabajo de ensamblaje, o transfiriendo una carga moderada (alrededor de 35 lbs.) al nivel de una cajuela. Caminando a un nivel de superficie alrededor de 2 mph o bajando un declive de 5 grados como a 3 mph; empujando una carretilla con una carga pesada (alrededor de 100 lbs.) sobre una superficie.	
c. Pesado (alrededor de 350 Kcal. por hora):	SI NO
Si contestó "sí," cuanto dura este periodo durante un turno promedio: ____hrs. ____min.	
Ejemplos de trabajo pesado son levantar una carga (alrededor de 50 lbs.) desde el piso hasta su cintura u hombros; trabajar en un muelle de carga; paleando; estar parado mientras colocas ladrillos o quebras yeso; caminar hacia arriba en un declive de 8 grados alrededor de 2 mph; subiendo escalones con una carga pesada (alrededor de 50 lbs.)	
13. Estará usted usando ropa y/o equipo protector (diferente del respirador) cuando está usando su respirador	SI NO
Si su respuesta es sí descríbalos	
14. Estará usted trabajando bajo condiciones calientes –temp.de más de 77 grados FH	SI NO
15. Estará usted trabajando bajo condiciones húmedas	SI NO

16. Describa el trabajo que estará haciendo mientras usa su respirador(s)	
17. describa cualquier condición especial o peligrosa que usted pueda encarar cuando esté usando su respirador(s) (por ejemplo, espacios confinados, gases que pongan en peligro su vida.	
18. Provea la siguiente información, si la conoce, para cada sustancia tóxica a la cual haya sido expuesto cuando estaba usando su respirador(s):	
a. Nombre de la primer sustancia tóxica	
Estimación del nivel máximo de exposición por turno	
Duración de la exposición por turno	
b. Nombre de la segunda sustancia tóxica	
Estimación del nivel máximo de exposición por turno	

Duración de la exposición por turno	
c. Nombre de la tercer sustancia tóxica	
Estimación del nivel máximo de exposición por turno	
Duración de la exposición por turno	
d. El nombre de cualquier otra sustancia tóxica que usted haya sido expuesto mientras usaba su respirador	
19. Describa cualquier responsabilidad especial que usted tendrá mientras usa su respirador(s) y que pueden afectar la seguridad y el bienestar de otros (por ejemplo, rescate, seguridad)	