

**Cuestionario Mandatorio para usar el respirador
Sonoma Valley Hospital Salud Ocupacional**

Para el empleado: Puede usted leer (circule uno): Sí o No

Su patrón debe dejarlo responder estas preguntas durante horas de trabajo o en un tiempo y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener este cuestionario confidencial, su patrón o supervisor no debe ver o revisar sus respuestas. Su patrón debe informarle a quien dar o enviar este Cuestionario para ser revisado por un profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado.

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).

1. Fecha: _____
2. Nombre: _____
3. Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
4. Su sexo (circule uno) Masculino o Femenino
5. Altura: _____ pies _____ pulgadas
6. Peso: _____ libras
7. Su ocupación, título o tipo de trabajo: _____
8. Número de teléfono al donde pueda ser llamado por un profesional de sanidad con licencia que revisara este cuestionario (incluya el área): _____
9. Indique la hora más conveniente para llamarle a este número: _____
10. ¿Le ha informado su patrón como comunicarse con el profesional de sanidad con licencia que va a revisar este cuestionario (circule una respuesta)? **Sí o No**
11. Anote el tipo de equipo protector respiratorio que va utilizar (puede anotar más de una categoría)
 - a. _____ Respirador disponible de clase N, R, o P (filtro mecánico o sin cartucho)
 - b. _____ Otros tipos (respirador con cartucho químico, máscara con cartucho químico, máscara con manguera con soplador (PAPR), máscara con manguera sin soplador (SAR), aparato respiratorio autónomos (SCBA)).
12. ¿Ha usado algún tipo de respirador? **Sí o No**
Si ha usado equipo protector respiratorio, que tipo(s) ha utilizado: _____

**Cuestionario Mandatorio para usar el respirador
Sonoma Valley Hospital Salud Ocupacional**

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 con un círculo para indicar sus repuestas.

1. ¿Actualmente fuma tabaco, o ha fumado tabaco durante el último mes? **Sí o No**
2. ¿Ha tenido algunas de las siguientes condiciones médicas?
 - a. Convulsiones: **Sí o No**
 - b. Diabetes (azúcar en la sangre): **Sí o No**
 - c. Reacciones alérgicas que no lo deja respirar: **Sí o No**
 - d. Claustrofobia (miedo de estar en espacios cerrados): **Sí o No**
 - e. Dificultad oliendo excepto cuando ha cogido un resfriado: **Sí o No**

Continuación...

3. ¿Ha tenido algunas de los siguientes problemas pulmonares?
 - a. Asbestosis: **Sí o No**
 - b. Asma: **Sí o No**
 - c. Bronquitis crónica: **Sí o No**
 - d. Enfisema: **Sí o No**
 - e. Pulmonía: **Sí o No**
 - f. Tuberculosis: **Sí o No**
 - g. Silicosis: **Sí o No**
 - h. Neumotórax (pulmón colapsado): **Sí o No**
 - i. Cáncer en los pulmones: **Sí o No**
 - j. Costillas quebradas: **Sí o No**
 - k. Injuría o cirugía en el pecho: **Sí o No**
 - l. Algún otro problema de los pulmones que le ha dicho su médico: **Sí o No**
4. ¿Corrientemente tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?
 - a. Respiración dificultosa: **Sí o No**
 - b. Respiración dificultosa cuando camina rápido en plano o subiendo una colina: **Sí o No**
 - c. Respiración dificultosa cuando camina normalmente sobre terreno plano: **Sí o No**
 - d. Se le va el aire cuando camina normalmente en terreno plano? **Sí o No**
 - e. Respiración dificultosa cuando se está bañando o vistiendo: **Sí o No**
 - f. Respiración dificultosa que lo impide trabajar: **Sí o No**
 - g. Tos con flema: **Sí o No**
 - h. Tos que lo despierta temprano en la mañana: **Sí o No**
 - i. Tos que ocurre cuando esta acostado: **Sí o No**
 - j. Ha tosido sangre en el último mes: **Sí o No**
 - k. Silbar o respirar con mucha dificultad: **Sí o No**
 - l. Silbar que lo impide trabajar: **Sí o No**
 - m. Dolor del pecho cuando respira profundamente: **Sí o No**
 - n. Otros síntomas que crea usted estar relacionados a los pulmones: **Sí o No**

**Cuestionario Mandatorio para usar el respirador
Sonoma Valley Hospital Salud Ocupacional**

5. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas con el corazón?
- a. Ataque cardiaco: **Sí o No**
 - b. Ataque cerebrovascular: **Sí o No**
 - c. Dolor en el pecho: **Sí o No**
 - d. Falla de corazón: **Sí o No**
 - e. Hinchazón en las piernas o pies (que no sea por caminar): **Sí o No**
 - f. Latidos irregulares del corazón: **Sí o No**
 - g. Alta presión: **Sí o No**
 - h. Algún otro problema cardiovascular o cardiaco: **Sí o No**
6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas causados por su corazón?
- a. Dolor de pecho frecuente o pecho apretado: **Sí o No**
 - b. Dolor o pecho apretado durante actividad física: **Sí o No**
 - c. Dolor o pecho apretado que no lo deja trabajar normalmente: **Sí o No**
 - d. En los últimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente: **Sí o No**
 - e. Dolor en el pecho o indigestión que no es relacionado a la comida: **Sí o No**
 - f. Algunos otros síntomas que usted piensa ser causado por problemas de su corazón o de su circulación: **Sí o No**

Continuación...

7. ¿Está tomando medicina por algunos de los siguientes problemas?
- a. Problemas para respirar o de los pulmones: **Sí o No**
 - b. Problemas del corazón: **Sí o No**
 - c. Alta presión: **Sí o No**
 - d. Convulsiones: **Sí o 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 pregunta 9).
- a. Irritación de los ojos: **Sí o No**
 - b. Alergias del cutis o sarpullido: **Sí o No**
 - c. Ansiedad que ocurre solamente cuando usa el respirador: **Sí o No**
 - d. Debilidad, falta de vigor o fatiga desacostumbrada: **Sí o No**
 - e. Algún otro problema que le impida utilizar su respirador: **Sí o No**

9. ¿Le gustaría hablar con el profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado que revisara este cuestionario sobre sus respuestas? **Sí o 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 respirador no tienen que contestar estas preguntas.

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

**Cuestionario Mandatorio para usar el respirador
Sonoma Valley Hospital Salud Ocupacional**

11. ¿Corrientemente tiene algunos de los siguientes problemas con su vista?
- a. Usa lentes de contacto: **Sí o No**
 - b. Usa lentes: **Sí o No**
 - c. Daltoniano (dificultad distinguiendo colores): **Sí o No**
 - d. Tiene algún problema con sus ojos o su vista: **Sí o No**
12. ¿Ha tenido daño en sus oídos incluyendo rotura del tímpano: **Sí o No**
13. ¿Corrientemente tiene uno de los siguientes problemas para oír?
- a. Dificultad oyendo: **Sí o No**
 - b. Usa un aparato para oír: **Sí o No**
 - c. Tiene algún otro problema con sus oídos o dificultad escuchando: **Sí o No**
14. ¿Se ha dañado o lastimado su espalda? **Sí o No**
15. ¿Tiene uno de los siguientes problemas de su aparato muscular o esqueleto?
- a. Debilidad en sus brazos, manos, piernas o pies: **Sí o No**
 - b. Dolor de espalda: **Sí o No**
 - c. Dificultad para mover sus brazos y piernas completamente: **Sí o No**
 - d. Dolor o agarrotamiento cuando se inclina para adelante o para atrás: **Sí o No**
 - e. Dificultad para mover su cabeza para arriba o para abajo completamente: **Sí o No**
 - f. Dificultad para mover su cabeza de lado a lado: **Sí o No**
 - g. Dificultad para agacharse doblando sus rodillas: **Si o No**
 - h. Dificultad para agacharse hasta tocar el piso: **Sí o No**
 - i. Dificultad subiendo escaleras cargando más de 25 libras: **Sí o No**
 - j. Alguno problema muscular o con sus huesos que le evite usar un respirador: **Sí o No**

Parte B - Las siguientes preguntas pueden ser agregadas al cuestionario a discreción del profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado.

Continuación...

1. ¿Está trabajando en las alturas arriba de 5,000 pies o en sitios que tienen menos oxígeno de lo normal? **Sí o No**

Si la respuesta es "Sí", se ha sentido mareado, o ha tenido dificultad respirando, palpitaciones, o cualquier otro síntoma que usted no tiene cuando no está trabajando bajo estas condiciones: **Sí o No**

2. ¿En el trabajo o en su casa, ha estado expuesto a contaminantes peligrosos en el aire (por ejemplo, humos, neblina o polvos) o ha tenido contacto del cutis con químicas peligrosas? **Si o No**

Escriba las químicas y productos con las que ha estado expuesto, si sabe cuáles son:

-
3. ¿Ha trabajado con los siguientes materiales o las condiciones anotadas abajo?:

- a. Asbestos Sí o No
- b. Sílice (Limpiar mediante un chorro de arena): Sí o No
- c. Tungsteno/Cobalto (pulverizar o soldadura): Sí o No
- d. Berilio: Sí o No
- e. Aluminio: Sí o No
- f. Carbón de piedra (minando): Sí o No
- g. Hierro: Sí o No
- h. Estaño: Sí o No
- i. Ambiente polvoriento: Sí o No

**Cuestionario Mandatorio para usar el respirador
Sonoma Valley Hospital Salud Ocupacional**

j. Otra exposición peligrosa: Sí o No

Describa las exposiciones peligrosas:

4. ¿Tiene usted otro trabajo o un negocio aparte de este?

5. Apunte su trabajo previo:

6. Apunte sus pasatiempos:

7. ¿Tiene servicio militar? **Sí o No**

Si la respuesta es "Sí", ha estado expuesto a agentes químicos o biológicos durante entrenamiento o combate: **Sí o No**

8. ¿Alguna vez ha trabajado en un equipo de HAZMAT (equipo respondedor a incidentes de materiales peligrosos con emergencia)? **Sí o No**

9. ¿Está tomando alguna medicina que no haya mencionado en este cuestionario (incluyendo remedios caseros o medicinas que compra sin receta)? **Sí o No**

Si la respuesta es "Sí", cuales son:

10. ¿Va a usar algunas de las siguientes partes con su respirador?

a. filtros HEPA (alta eficiencia que remueve partículas tóxicas en la atmósfera): Sí o No

b. Canastillo (por ejemplo, máscara para gas): **Sí o No**

c. Cartuchos: **Sí o No**

11. ¿Cuántas veces espera usar un respirador?

a. Para salir de peligro solamente (no rescates): **Sí o No**

b. Rescates de emergencia solamente: **Sí o No**

c. Menos de 5 horas por semana: **Sí o No**

d. Menos de 2 horas por día: **Si o No**

e. 2 a 4 horas por día: **Sí o No**

f. Más de 4 horas por día: **Sí o No**

12. ¿Durante el tiempo de usar el respirador, su trabajo es...?

a. Ligero (menos de 200 kcal por hora): **Sí o No**

Si la respuesta es "sí", cuanto tiempo dura la obra _____ horas _____ minutos

Continuación...

Ejemplos de trabajos ligeros: estar sentado escribiendo, escribiendo a máquina, diseñando, trabajando la línea de montaje, o estar parado gobernando un taladro o máquinas:

b. Moderado (200-350 kcal por hora): **Sí o No**

Si la respuesta es "sí" cuanto tiempo dura en promedio por jornada _____ horas _____ minutos

Ejemplos de trabajos moderados: sentado clavando o archivando; manejando un camión o autobús en tráfico pesado; estar de pie taladrando, clavando, trabajando la línea de montaje, o transfiriendo una carga (de 35 libras) a la altura de la cintura; caminando sobre tierra plana a 2 millas por hora o bajando a 3 millas por hora; empujando una carretilla con una carga pesada (de 100 libras) sobre terreno plano.

c. Pesado (más de 350 kcal por hora): **Sí o No**

Si la respuesta es "sí" cuanto tiempo dura en promedio por jornada _____ horas _____ minutos

**Cuestionario Mandatorio para usar el respirador
Sonoma Valley Hospital Salud Ocupacional**

Ejemplos de trabajos pesados: levantando cargas pesadas (más de 50 libras) desde el piso hasta la altura de la cintura o los hombros; trabajando cargando o descargando; traspalear; estar de pie trabajando de albañil o demonizando moldes; subiendo a 2 millas por hora; subiendo la escalera con una carga pesada (más de 50 libras).

13. ¿Va a estar usando ropa o equipo de protección cuando use el respirador? **Sí o No**
Si la respuesta es "sí" describa que va a estar usando

14. ¿Va a estar trabajando en condiciones calurosas (temperatura más de 77 grados F)? **Sí o No**

15. ¿Va a estar trabajando en condiciones húmedas? **Sí o No**

16. Describa el tipo de trabajo que va a estar usted haciendo cuando use el respirador.

17. Describa cualquier situación especial o peligrosa que pueda encontrar cuando esté usando el respirador (por ejemplo, espacios encerrados, gases que lo puedan matar, etc.)

18. Provea la siguiente información si la sabe, por cada sustancia tóxica que usted va a estar expuesto cuando esté usando el respirador(s):

Nombre de la primera sustancia tóxica_____

Máximo nivel de exposición por jornada de trabajo_____

Tiempo de exposición por jornada_____

Nombre de la segunda sustancia tóxica_____

Máximo nivel de exposición por jornada de trabajo_____

Tiempo de exposición por jornada_____

Nombre de la tercera sustancia tóxica_____

Máximo nivel de exposición por jornada de trabajo_____

Tiempo de exposición por jornada_____

El nombre de cualquier sustancia tóxica que usted va a estar expuesto cuando este usted usando el respirador_____

19. Describa alguna responsabilidad especial que usted va a tener cuando usted este usado el respirador(s) que pueda afectar la seguridad o la vida de otros (por ejemplo, rescate, seguridad).

Final.