



**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA FORMA MÉDICA
PARA EL USO DE UN RESPIRADOR**

1. Para recibir una autorización para usar un respirador usted debe llenar esta forma completamente. Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a como llenar esta forma, y las instrucciones no están escritas abajo por favor contacte al Departamento de Seguridad o el Departamento de Recursos Humanos.
2. **Ya que usted ha completado esta forma, devuélvaselo al Departamento de Seguridad o el Departamento de Recursos Humanos.** La revisión esta hecha por un Profesional Licenciado de Skagit Valley Medical Center localizados en el 1400 East Kincaid Street, Mount Vernon, WA **360.848.4150**, Cualquier resulta será hecho conocida a usted inmediatamente. Si, mientras usted completa la forma, y tiene preguntas, marque por favor esa área del cuestionarios con una "X", que significa un interés en la discusión adicional con un proveedor de asistencia medica, o llame a Skagit Valle Occupational Medicine al numero arriba.
3. Su empleador le debe permitir contestar este cuestionario durante horas normales o al la vez y lugar que es conveniente para usted. Para mantener su confidencialidad, su empleador o el supervisor no deben revisar sus respuestas.
4. Por favor escriba legiblemente, contestando todas las preguntas lo mejor de su habilidad. Si usted no entiende ni sabe la respuesta a una pregunta, déjelo blanco.
5. La última pagina, solamente llene su Nombre, numero de seguro social, nombre de la compañía, titulo de su trabajo. Esta pagina será utilizada por un medico para informarle de sus resultados.

SKAGIT VALLEY OCCUPATIONAL MEDICINE
1400 East Kincaid Street Mount Vernon
Medical Questionnaire for Respirator Users

Parte A Sección 1 (Obligatoria)

Nombre: _____ Fecha: _____

Años: ____ (yr) Hombre: ____ Mujer: ____

Cuanto mide: _____ Pies _____ pulgadas Cuanto pesa: _____ libras

Employer:

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ No. Seguro Social #: ____ - ____ - ____

Número de teléfono donde pueda comunicarse el profesional de salud que haya revisado su cuestionario: (____) ____-____

La mejor hora para llamarle: _____

Le a dicho su patrón como ponerse en contacto con el profesional de salud que revisara este cuestionario? ____ SI ____ NO

Anote el tipo de respirador que va a utilizar (Puede anotar más de una categoría):

- a. ____ N, R o P Respirador desechable (mascarilla contra el polvo, respiradores sin los cartuchos.)
- b. ____ Otros tipos (respiradores de media careta, respirador de careta completa, respirador de casco)
- c. ____ SCBA (Respirador con línea de aire)

A usado un respirador en el pasado? ____ SI ____ NO

Si, que tipo? _____

Parte A Sección 2 (Obligatoria)

Las preguntas del 1 al 9 deben de se contestadas por cada empleado que es seleccionado para usar cualquier tipo de respirador. (Marque con una X para indicar sus respuestas).

#	PREGUNTAS	SI	NO
1	Corrientemente, fuma tabaco o ha fumado durante el mes pasado?		
2	Ha tenido algunas de las siguientes condiciones medicas?		
	A. Convulsiones		
	B. Diabetes		
	C Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración?		
	D Claustrofobia? (Miedo de estar en espacios cerrados)		
	E Dificultad de oler?		
3	Ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares o problemas del pulmón?		
	A Asbestosis		
	B Asma		
	C Bronquitis crónico		
	D Enfisema		
	E Pulmonía		
	F Tuberculosis		
	G Silicosis		
	H Neumotórax (pulmón colapsado)		
	I Cáncer del pulmón		
	J Costillas rotas		
	K Lesiones o cirugías en el pecho?		
	L. Algún otro problema pulmonar?		
4	Actualmente, tiene usted algunos de los síntomas siguientes de enfermedades pulmonares o problemas del pulmón?		
	A Respiración dificultosa		
	B Respiración dificultosa al caminar rápidamente en lugares planos o al caminar en una colina o una pendiente leve?		
	C Respiración dificultosa al caminar con gente en un paso ordinario en lugares planos?		
	D Tiene que pararse a respirar al caminar en su propio paso en lugares planos?		
	E Problemas de respiración el bañarse o al vestirse?		
	F. Respiración dificultosa que interfiere con su trabajo.		
	G Tos que produce flema?		
	H Tos que los despierta en la mañana?		
	I Tos que ocurre generalmente cuando esta acostado?		
	J Tos con sangre en el mes pasado		
	K respiración jadeante		
	L Respiración jadeante que interfiere con su trabajo		
	M Dolor en el pecho cuando respira profundamente?		
	N Cualquier otro síntoma que usted piense se relacione a problemas del pulmón?		

5	Ha tenido en el pasado cualquier de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?		
	A Ataque del corazón?		
	B Ataque cerebrovascular?		
	C Angina de pecho?		
	D Paro cardíaco?		
	E Hinchazón de los pies? (no causado por caminar)		
	F Arritmia del corazón (palpitación irregular)		
	G Alta presión		
	H Cualquier otro problema del corazón que usted sepa?		
6	Ha tenido en el pasado cualquiera de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?		
	A Dolor en el pecho o pecho apretado?		
	B Dolor en el pecho o pecho apretado durante actividades físicas?		
	C Dolor en el pecho o pecho apretado que lo deja trabajar normalmente?		
	D En los últimos dos años, ha notado que el corazón le salta, que falla un latido?		
	E Acidez o indigestión que no se relacione con la comida?		
	F Cualquier otro síntoma que usted piense puede ser causado por los problemas del corazón o de circulación de sangre?		
7	Esta tomando medicina para alguno de los siguientes problemas?		
	A Problemas de respiración o del pulmón?		
	B Problemas del corazón?		
	C Alta presión		
	D Convulsiones:		
8	Si ha usado un respirador, ha tenido algunos de los siguientes problemas?(si usted nunca ha usado un respirador, pase a la pregunta 9)		
	A Irritación en los ojos:		
	B Alergias o erupciones de la piel?		
	C Ansiedad:		
	D Debilidad general o fatiga desahumbrada?		
	E cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador?		
9	Le gustaría hablar sobre las respuestas con el profesional de salud que revisara este cuestionario?		

Las preguntas del 10 al 15 deben ser contestadas por los empleados seleccionados para usar un respirador de careta completa o un aparato respiratorio autónomo (SCBA). Los empleados que usan otro tipo de respiradores no tienen que contestar estas preguntas.

#	PREGUNTAS	SI	NO
10	Ha perdido la vista en cualquier ojo (temporalmente o permanentemente):		
11	Tiene cualquiera de los problemas siguientes con la vista?		
	A Usa lentes de contacto?		
	B Usa lentes?		
	C Daltonismo? (Dificultad de distinguir colores)		
	D Tiene problemas con los ojos o la vista?		
12	Ha sufrido una lesión en los oídos, incluyendo rotura del tímpano?		
13	Tiene algunos de los siguientes problemas para oír?		
	A Dificultad para oír:		
	B Usa un aparato para oír?		
	C Tiene algún otro problema en los oídos o dificultad de escuchar?		
14	Se ha dañado o lastimado la espalda?		
15	Tiene en la actualidad uno de los siguientes problemas músculo esquelétales?		
	A Debilidad en los brazos, manos, piernas, o pies:		
	B Dolor de espalda?		
	C Dificultad para moverse completamente los brazos y las piernas?		
	D Dolor o engarrotamiento cuando se inclina para adelante o para atrás?		
	E Dificultad para mover la cabeza completamente arriba i para abajo?		
	F Dificultad para mover la cabeza a los lados?		
	G Dificultad para agacharse doblando las rodillas?		
	H Dificultad para agacharse hasta tocar el piso?		
	I Dificultad de subir una escalera cargando mas de 25 libras?		
	J Algún otro problema muscular o esqueletar que interfiera con el uso del respirador?		

Parte B

Si es apropiado para las condiciones o requerimientos específicos de un trabajo, preguntas adicionales-incluyendo, pero no limitadas a las siguientes, pueden ser agregadas al cuestionario a discreción del profesional de salud.

#	PREGUNTAS	SI	NO
1	En el trabajo presente, ha trabajado en alturas altas (arriba de 5,000 pies) o en sitios que tienen menos oxígeno de lo normal?		
	Si la respuesta es "Si", se ha sentido mareado, o ha tenido dificultad para respirar, o cualquier otro síntoma que usted no tiene cuando no está trabajando bajo estas condiciones?		
2	En el trabajo o en su casa, ha estado expuesto a solventes o contaminantes peligrosos en el aire (por ejemplo, gases, humos, o polvos)? O ha tenido contacto de la piel con químicos peligrosos?		
	Escriba las químicas y productos con las que ha estado expuesto, si sabe cuales son?		
3	Ha trabajado con los siguientes materiales o las condiciones anotadas abajo?		
	A Asbestos		
	B Sílice (Limpiar mediante un chorro de arena y agua)		
	C Tungsteno/Cobalto (pulverizar o soldadura)		
	D Berilio		
	E Aluminio		
	F Carbón de piedra (minas)		
	G Hierro		
	H Estaño		
	I Ambiente polvoriento		
	J Otra exposición peligrosa?		
	K Si la respuesta es "Si", describa?		
4	Anote otros trabajos o un negocio secundario, (aparte de este) que usted tenga:		
5	Apunte sus trabajos previos?		
6	Apunte sus pasatiempos previos?		
7	Ha ido al servicio militar?		
	Si la respuesta es "si" ha estado expuesto a agentes químicos o biológicos durante entrenamiento?		
8	Ha trabajado en un equipo de HAZMAT?		
9	Esta tomando alguna medicina que no haya mencionado en este cuestionario (incluyendo remedios caseros o medicinas que compra sin receta)?		
	Si la respuesta es "si", cuales?	SI	NO

10	Va a usted usar algunas de las siguientes partes con su respirador?		
	A filtros HEPA		
	B Filtros de bote (por ejemplo)		
	C Cartuchos		
11	Cuántas veces espera usar el respirador? (circule "sí" o "no" en las respuestas que se aplican a usted)?		
	A Escape solamente (no rescate)?		
	B Rescate de emergencia solamente?		
	C Menos de 5 horas por semana?		
	D Menos de 2 horas por semana?		
	E 2 a 4 horas por día		
	F más de 4 horas por día		
12	Durante el periodo que usa el respirador, el esfuerzo del trabajo es?		
	A Ligero (ejemplos: sentado, escribiendo, asamblea ligera etc.)		
	Si es que sí cuánto tiempo dura este periodo durante el turno?		
	B Moderado (200 a 350 Kcal. por hora)		
	Si es que sí cuánto tiempo dura este periodo durante el turno?		
	C Pesada (sobre 350 Kcal. pro hora?)		
	Si es que sí cuánto tiempo dura este periodo durante el turno?		
13	Va usted a usar la ropa protectora y /o equipo protector (otro que no sea el respirador) cuando este usando el respirador?		
	Si es que sí describa la ropa o el equipo protector?		
14	Va usted a trabajar bajo condiciones calientes?		
15	Va usted a trabajar bajo condiciones húmedas?		
16	Describa el tipo de trabajo que usted hará mientras que usa el respirador		
17	Describa cualquier otra situación especial o peligrosa que pueda encontrar cuando este usando el respirador (por ejemplo, espacios confinados, gases peligrosos que lo puedan matar)		
18	Proporcione información siguiente si la sabe para cada sustancia tóxica que va a estar expuesto cuando este usando el respirador.		
	Nombre de la primera sustancia tóxica: _____ Máximo nivel de exposición durante el turno de trabajo: _____ Tiempo de exposición del turno: _____ Nombre de la segunda sustancia tóxica: _____ Estimated exposure level per shift: _____ Tiempo de exposición del turno: _____		
19	Describa alguna responsabilidad especial que usted va a tener mientras que usa el respirador que puede afectar la seguridad del bienestar de otros (por ejemplo, rescate, seguridad)		

Firma del Empleado

Firma en letra de molde

Fecha

**Skagit Valley Medical Center
803 S 15th Street
Mount Vernon, WA 98274**

RESPIRATORY QUESTIONNAIRE CLEARANCE REPORT

Name: _____ SSN: _____-_____-_____

Employer: _____ Dept: _____

Job Title: _____ Date of exam: _____

Type of respirator this individual is medically cleared to use:

Check all that apply:

- Half Mask Full face piece mask Helmet hood Escape
 Non-powered cartridge or canister Powered air-purifying cartridge respirator (PAPR)
 Supplied-Air or Air-line disposable filtering face piece (for example, N-95)
 Self-contained breathing apparatus (SCBA) Demand or Pressure Demand

Respirator Clearance

Under the conditions described in the supplemental information provided by the employer, this individual (Please check one)

- Is medically cleared for use of the respirator(s) without limitations
 Is medically cleared for use of the respirator(s) with the following limitations:

Is **not medically cleared** for use of respirator.

Workload Limitations:

- Unrestricted Heavy Medium Light

Follow-up Medical Evaluation:

This individual will/will not (circle one) require additional follow-up medical evaluation(s). The recommended schedule for follow-up medical evaluations, if necessary, is as follows:

Employee Notification:

I certify that the above-named individual for whom this respirator clearance is provided has received a copy of this recommendation.

Signature: _____ Date: _____
(Physician or other Licensed Health Care Professional)