



## Formulario de información respiratoria

### Información del empleador (debe ser completada por el empleador antes de distribuir este formulario al empleado)

1. ¿Con qué frecuencia se espera que el empleado use un respirador?

Solo escape (sin rescate)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Solo rescate de emergencia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Menos de 5 horas por semana	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Menos de 2 horas por día	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2 a 4 horas por día	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Más de 4 horas al día	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

2. ¿Cuál será el esfuerzo de trabajo del empleado durante el período de uso del respirador?

- Ligero:** sentado mientras escribe, mecanografía, dibuja, realiza trabajos de montaje ligero, está de pie mientras opera una prensa de perforación (1-3 libras) o controla máquinas (menos de 200 kcal por hora)
- Moderado:** sentarse mientras clava o lima, conduce un camión o autobús en el tráfico urbano; de pie mientras perfora, clava, realiza trabajos de ensamblaje o transfiere una carga moderada (aproximadamente 35 libras) a nivel del maletero; caminar sobre una superficie nivelada a aproximadamente 2 mph o hacia abajo una pendiente de 5 grados a aproximadamente 3 mph; o empujar una carretilla con una carga pesada (aproximadamente 100 libras) en una superficie nivelada (200 a 350 kcal por hora)
- Pesado:** levantar una carga pesada (aproximadamente 50 libras) desde el piso hasta la cintura o el hombro, trabajar en un muelle de carga, palear, subir una pendiente de 8 grados aproximadamente 2 mph, subir escaleras con una carga pesada (aproximadamente 50 libras).

### Información del empleado Parte A: Sección 1 (Obligatorio)

Nombre		Segundo nombre		Apellido	
Fecha		Empleador		Título del trabajo	
Fecha de nacimiento		Edad (hasta el año más cercano)		Últimos 4 SSN	
Dirección física		Sexo		Altura	
Ciudad		Estado		Código postal	
Número de teléfono		Mejor hora para llamar		Peso	
¿Su empleador le ha dicho cómo comunicarse con el proveedor de atención médica que está revisando este formulario? (ver contacto arriba)		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
Verifique el tipo de respirador que usará (puede verificar más de una categoría)		<input type="checkbox"/> NaCl (N), resistente al aceite (R) o muy resistente al aceite (P), respirador desechable (mascarilla de archivo, solo tipo no cartucho)		<input type="checkbox"/> Otro tipo (tipo de pieza de media cara o de cara completa, purificación de aire motorizado, aire suministrado, equipo de respiración autónomo)	
¿Alguna vez has usado un respirador?		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
				En caso afirmativo, ¿qué tipos?	





Nombre del empleado Primero: Medio: Último:

Información del empleado Parte A: Sección 2 (Obligatorio)

1. ¿Actualmente fuma tabaco o ha fumado tabaco en el último mes?
2. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones: Convulsiones, Diabetes (enfermedad del azúcar), Reacciones alérgicas que interfieren con nuestra respiración, Claustrofobia (miedo a lugares cerrados), Problemas para oler olores, Fracturas nasales o traumatismos faciales Si es así, ¿cuándo?
3. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares: Asma, Asbestosis, Bronquitis crónica, Neumonía, EPOC / Enfisema, Tuberculosis, Silicosis, Neumotórax (colapso pulmonar), Cáncer de pulmón, Costillas rotas, Cualquier lesión en el pecho o cirugías, Cualquier otro problema pulmonar del que te hayan hablado
4. ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar? Dificultad para respirar, Dificultad para respirar al caminar rápido sobre terreno llano o al subir una ligera colina o pendiente, Dificultad para respirar al caminar con otras personas a un ritmo normal en terreno llano, Tiene que detenerse para respirar cuando camina a su propio ritmo en terreno llano, Dificultad para respirar al lavarse o vestirse, Dificultad para respirar que interfiere con su trabajo, Tos que produce flema (esputo espeso), Tos que te despierta temprano en la mañana, Tos que ocurre principalmente cuando está acostado, Tosió sangre en el último mes, Sibilancia, Sibilancias que interfieren con su trabajo, Dolor en el pecho al respirar profundamente, Cualquier otro síntoma que crea que puede estar relacionado con problemas pulmonares



Nombre del empleado	Primero:	Medio:	Último:
5. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o cardíacos?			
	Infarto		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Golpe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Angina (dolor torácico por presión)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Insuficiencia cardíaca (acumulación de líquido en los pulmones o las piernas)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Hinchazón en las piernas o los pies (no causada por caminar)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Arritmia cardíaca (latidos irregulares del corazón)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Presión arterial alta		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Cualquier otro problema cardíaco del que te hayan hablado		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas cardiovasculares o cardíacos?			
	Dolor frecuente u opresión en el pecho		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dolor u opresión en el pecho durante la actividad física		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dolor u opresión en el pecho que interfiere con su trabajo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En los últimos dos años, ¿ha notado que su corazón se salta o pierde un latido?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Acidez estomacal o indigestión que no está relacionada con comer		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Cualquier otro síntoma que crea que puede estar relacionado con problemas cardíacos o circulatorios		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Actualmente toma medicamentos para alguno de los siguientes problemas?			
	Problemas respiratorios o pulmonares		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Problemas cardíacos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Presión sanguínea		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Convulsiones		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. Si ha usado un respirador, ¿alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas:			
	Si nunca ha usado un respirador, marque nunca usado y vaya a la pregunta 9.		<input type="checkbox"/> Nunca se usa
	Irritación ocular		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Alergias o erupciones cutáneas		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Ansiedad		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Debilidad general o fatiga		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Le gustaría hablar con el profesional de la salud que recibirá este cuestionario sobre sus respuestas?			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Las preguntas 10-15 deben ser respondidas por todas las personas que han sido seleccionadas para usar un respirador de pieza facial completa o un aparato de respiración autónomo (SCBA). Para los empleados que han sido seleccionados para usar otros tipos de respiradores, responder a las siguientes preguntas es voluntario.

10. ¿Alguna vez ha perdido la visión en cualquiera de los ojos (temporal o permanentemente)?			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas de visión?			
	Use lentes de contacto		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Use anteojos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No





Nombre del empleado	Primero:	Medio:	Último:
	daltónicos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Cualquier otro problema ocular o de visión		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12.	¿Alguna vez ha tenido una lesión en los oídos, incluyendo un tímpano roto?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13.	¿Tiene actualmente alguno de los siguientes proyecciones auditivas?		
	¿Dificultad para oír?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Usa un audífono?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Algún otro problema de audición u oído?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14.	¿Ha tenido una lesión en la espalda?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15.	¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas musculoesqueléticos?		
	Debilidad en cualquiera de sus brazos, manos, piernas o pies		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dolor de espalda		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dificultad para mover completamente los brazos y las piernas		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dolor o rigidez al inclinarse hacia adelante o hacia atrás en la cintura		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dificultad para mover completamente la cabeza hacia arriba o hacia abajo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dificultad para mover completamente la cabeza de lado a lado		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dificultad para doblar las rodillas		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dificultad para ponerse en cuclillas en el suelo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Subir un tramo de escaleras o una escalera que lleve más de 25 libras.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Cualquier otro problema muscular o esquelético que interfiera con el uso de un respirador		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16.	¿Usará ropa protectora adicional mientras usa un respirador?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, sírvase describir		
17.	¿Trabjará en condiciones de calor (temperaturas superiores a 77 ° F)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18.	¿Trabjarás en condiciones húmedas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19.	¿Alguna vez ha trabajado con otros materiales, o bajo alguna de las condiciones que se enumeran a continuación:		
	Asbesto		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Sílice (chorro de arena)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Tungsteno/cobalto (rectificado o soldadura de estos materiales)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Berilio		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Aluminio		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Carbón (por ejemplo, minería)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Hierro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Estaño		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Ambientes polvorientos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Cualquier otra exposición peligrosa		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, sírvase describir:		

