

Occupational Health Center

John A. Hamilton, MD, MPH

Terry W. Taylor, MD, MPH

2050 Michigan Avenue, Mobile AL 36615 Phone: (251) 434-6770

Complemento C para Sección 1910.134: OSHA Evaluación Médica de Respirador Cuestionario (obligatorio)

Para el empleador de respuestas a las preguntas en la sección 1 y a la pregunta 9 en la sección 2 parte un, no requieren un examen medico.

Al empleado:

Puede usted leer (círculo uno): sí / no

Su empleador debe permitirle responder este cuestionario durante las horas normales de trabajo, o en un momento y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener su confidencialidad, su empleador o supervisor no debe mirar o revisar sus respuestas, y su empleador debe informarle cómo entregar o enviar este cuestionario para la atención de la salud profesional que a revisarlo.

La parte a. sección 1 (Manatory) la siguiente información debe ser proporcionada por cada empleado que ha sido seleccionada para utilizar cualquier tipo de respirador (por favor imprimir)

1. La fecha de hoy: _____
2. Su nombre: _____
3. Su edad (año a más cercano): _____
4. Sexo (círculo uno): Masculino / Femenino
5. Su altura: _____ ft. _____ in.
6. Su peso: _____ lbs.
7. El título del trabajo: _____
8. Un munber de teléfono donde usted puede ser alcanzado por el profesional del cuidado de la salud que revisa este cuestionario (incluir el código de área): _____
9. El mejor momento para que le de teléfono en este número: _____
10. Ha su empleador le cómo ponerse en contacto con el profesional de atención de salud que revisará este questionarie (círculo uno) Sí / No
11. Comprobar el tipo de respirador que se va a utilizar (puede verificar más, a continuación, una categoría) respirador : A. _____ N, R o P desechables (máscara de filtro, tipo de cartucho no sólo). B. _____ Otro tipo (por ejemplo, medio o completo-facepiece purificar, suministrado tipo, powered-aire - aire, aparatos de respiración autónomo).
12. Ha desgastado un respirador (círculo uno) Sí / No Si "sí", ¿qué tipos: _____

En la parte A. Sección 2 (obligatorio) preguntas 1 a 9 a continuación deben ser respondidas por cada motivo que ha sido seleccionada para utilizar cualquier tipo de respirator (por favor, no círculo "sí" o "")

- | | |
|---|-------|
| 1. No le currentyl humo tabaco, ni han fumado tabaco en el último mes: | Si/No |
| 2. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones? | |
| a. Convulsiones (ajustes): | Si/No |
| b. diabetes (enfermedad de azúcar): | Si/No |
| c. reacciones alérgica que interfieren con su respiración: | Si/No |
| d. Claustrophobia (miedo de cerrado en lugares): | Si/No |
| e. Trouble oler olores: | Si/No |
| 3. ¿Ha tenido cualquiera de los siguientes pulmonares o 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. Neumotórax (pulmón colapsado): | Si/No |
| i. Cáncer de pulmón: | Si/No |
| j. Costillas rotas: | Si/No |
| k. Lesiones de pecho ni surg eries: | Si/No |
| l. Cualquier otros problemas pulmonares que le has han dicho acerca de: | Si/No |
| 4. ¿Actualmente tiene cualquiera de los siguientes síntomas de pulmonar o enfermedad pulmonary? | |
| a. Dificultad para respirar: | Si/No |
| b. Falta de aliento cuando rápido caminar sobre un nivel de tierra o caminar hasta una colina leve o inclinación: | Si/No |
| c. Falta de aliento al caminar a su propio ritmo en un terreno nivelado: | Si/No |
| d. Dificultad para respirar cuando se camina a su propio ritmo, en un terreno nivelado: | Si/No |
| e. Dificultad para respirar cuando lavado o vestirse usted mismo: | Si/No |
| f. Dificultad para respirar que interfers con su trabajo: | Si/No |
| g. Tos que produce flema (esputo de pensar): | Si/No |
| h. Tos que despierte temprano en la mañana: | Si/No |
| i. Tos que occurs en su mayoría cuando usted está acostado: | Si/No |
| j. Tos con sangre en ese mes las: | Si/No |
| k. Sibilancias: | Si/No |
| l. Sibilancias que interfers con su trabajo: | Si/No |
| m. Dolor en el pecho y luego respirar profundamente: | Si/No |
| n. Cualquier otro síntoma que usted cree puede estar relacionado con problemas pulmonares: | Si/No |
| 5. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes cardiovasculares o problemas del corazón? | |
| a. Ataque al corazón: | Si/No |
| b. Trazo: | Si/No |
| c. Angina: | Si/No |
| d. Insuficiencia cardiac: | Si/No |
| e. Inflamación en las piernas o los pies (no causadas por caminar): | Si/No |
| f. Arritmia del corazón (venciendo a irregular del corazón) : | Si/No |
| g. Presión arterial alta: | Si/No |
| h. Anyother problemas de corazón que ha dicho acerca de: | Si/No |

6. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes cardiovasculares o síntomas cardíacos?
- a. Dolor frecuente o de opresión en el pecho: Si/No
 - b. Dolor o opresión en el pecho durante la actividad física: Si/No
 - c. El dolor o la opresión en el pecho que interfiere con su trabajo: Si/No
 - d. En los últimos dos años, tiene usted notado tu corazón omitiendo o falta un beat: Si/No
 - e. Acidez estomacal o indigestión que no esté relacionado a comer: Si/No
 - f. Los otros síntomas que usted cree pueden estar relacionados con problemas de corazón o de circulación: Si/No

7. ¿Actualmente tomar medicación para cualquiera de los siguientes problemas?
- a. Problemas respiratorios o pulmonary: Si/No
 - b. Problemas de corazón: Si/No
 - c. La presión sanguínea: Si/No
 - d. incauciones (ajustes): Si/No

8. Si ha utilizado un respirador, ¿ha tenido cualquiera de los siguientes problemas? (Si nunca ha utilizado un respirador, compruebe el espacio siguiente y vaya a la pregunta 9):
- a. Irritación ocular: Si/No
 - b. La piel alergias o erupciones cutáneas: Si/No
 - c. Ansiedad: Si/No
 - d. Debilidad general o fatiga: Si/No
 - e. Los otros problemas que interfiere con el uso de un respirador: Si/No

9. ¿Le gustaría hablar con la atención de la salud profesional que revisará este cuestionario acerca de sus respuestas a este cuestionario? Si/No

Deben ser respondidas las preguntas 10 a 15 por cada empleado que ha sido seleccionado para que utilice un respirador de full facepiece o un aparato de respiración autónoma (SCBA). Para los empleados que han sido seleccionados utilizar otros tipos de respiradores, responder a estas preguntas es voluntaria.

10. Usted nunca perdieron visión en ambos ojos (de forma temporal o permanente): Si/No

11. ¿Actualmente tiene cualquiera de los siguientes problemas de visión?
- a. El desgaste de lentes de contacto: Si/No
 - b. Desgaste de gafas: Si/No
 - c. Ciego de color: Si/No
 - d. Los otros problemas de visión o el ojo: Si/No

12. ¿Alguna vez ha tenido una lesión a sus oídos, incluyendo un tímpano roto: Si/No

13. ¿Actualmente tiene cualquiera de los siguientes problemas de audición?
- a. Dificultades de audición: Si/No
 - b. Desgaste de un problema de audición ayuda: Si/No
 - c. Cualquier otro oído o escuchar: Si/No

14. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la espalda: Si/No

15. ¿Doyou actualmente tiene cualquiera de los siguientes problemas musculoesqueléticos?
- a. Debilidad en cualquier o los brazos, manos, piernas, pies : Si/No
 - b. Dolor de espalda: Si/No
 - c. Batán mover sus brazos y piernas: Si/No
 - d. Dolor o rigidez al inclinarse hacia delante o hacia atrás en la cintura: Si/No

- | | |
|---|-------|
| e. Dificultad Batán moviendo su cabeza hacia arriba o hacia abajo: | Si/No |
| f. Dificultad para mover plenamente a la cabeza de lado a lado: | Si/No |
| g. Plegado en sus rodillas: | Si/No |
| h. dificultad en cuclillas al suelo: | Si/No |
| i. Un vuelo de escaleras o una escalera llevando más de escalada de dificultad de dificultad a continuación, 25 libras: | Si/No |
| j. Cualquier otro músculo o problema esquelético que interfiere con el uso de un respieator: | Si/No |