

## **CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN MÉDICA DE RESPIRADORES OBLIGADO POR LA OSHA**

**Para el empleador:**

Las respuestas a las preguntas de la Sección 1, y a la pregunta 9 de la Sección 2 de la parte A, NO requieren un examen médico.

**Para el empleado:**

Su empleador debe permitirle responder este cuestionario durante las horas normales de trabajo o durante un momento y en un lugar que sea conveniente para usted. Para mantener su confidencialidad, su empleador o supervisor no debe mirar ni revisar sus respuestas, y su empleador debe informarlo cómo entregar o enviar este cuestionario al profesional médico quien lo revisará.

**Parte A. Sección 1. (OBLIGATORIO)**

**La siguiente información debe ser provista por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (escriba claro por favor).**

1. Fecha: .....
2. Nombres y apellidos: .....
3. Edad: .....
4. Sexo: Masculino  Femenino
5. Altura: .....pies .....pulgadas, o .....centímetros
6. Peso: .....libras, o .....kilogramos
7. Su ocupación, título o tipo de trabajo: .....
8. Un número de teléfono para que el profesional médico que revisa este cuestionario pueda comunicarse con usted (*incluya el prefijo*): (\_\_\_\_) – \_\_\_\_ – \_\_\_\_\_
9. Indique la mejor hora para llamarle usted a este número: AM  PM
10. ¿Le ha informado su empleador sobre cómo comunicarse con el profesional médico que revisará este cuestionario? Sí  No
11. Marque el tipo de respirador que usará (*puede marcar más de una categoría*):
  - a.  Respirador desechable tipo N, R o P (*p.ej., sólo máscara con filtro y equipo sin cartucho*)
  - b.  Otro tipo de respirador (*p.ej., respirador de media cara y de máscara completa, respirador de aire a presión (PAPR), respirador con suministro de aire, equipo de respiración autónoma (SCBA)*)

12. ¿Ha usado cualquier respirador antes? Sí  No

*En caso de respuesta afirmativa, cuál(es) tipo(s):*

.....

**Parte A. Sección 2a. (OBLIGATORIO)**

**Cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador debe responder las preguntas 1-9. Por favor, indique su respuesta de *sí* o *no*.**

	Sí	No
1. ¿Actualmente fuma el tabaco, o ha fumado tabaco durante el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez ha padecido alguna de las siguientes condiciones médicas?		
a. Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Diabetes ( <i>glucosa sanguínea</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Reacciones alérgicas que interfieren en la respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Claustrofobia ( <i>miedo a los espacios cerrados</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Problemas del olfato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha padecido alguno de los siguientes problemas pulmonares?		
a. Asbestosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Silicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Neumotórax (colapso pulmonar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Fractura de costilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Lesión o cirugía del pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Cualquier otro problema pulmonar sobre lo cual le haya informado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.	¿Actualmente padece alguno de los siguientes síntomas de enfermedades pulmonares?		
a.	Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Falta de aire al caminar rápidamente sobre terreno plano o cuesta arriba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Falta de aire al caminar con otras personas a un ritmo normal sobre terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Al caminar al ritmo normal sobre terreno plano, ¿le falta el aire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Falta de aire al lavarse o vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Falta de aire, la que interfiere en su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Tos, la que produce la flema ( <i>esputo espeso</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Tos nocturna, la que lo despierta por la madrugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Tos, la que ocurre mayormente al estar acostado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Expectoración sanguinolenta al toser durante el último mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Sibilancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Sibilancia que interfiere en su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Dolor en el pecho al respirar profundamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	Cualquier otro síntoma que usted cree estar relacionado con problemas del pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Alguna vez ha padecido alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o cardíacos?		
a.	Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Apoplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Hinchazón en las piernas o los pies ( <i>no por cause de caminar</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Arritmia cardíaca ( <i>latidos irregulares del corazón</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No
h. Cualquier otro problema cardíaco sobre lo cual le haya informado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <i>¿Alguna vez ha padecido alguno de los siguientes síntomas cardiovasculares o cardíacos?</i>		
a. Dolor u opresión frecuente en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor u opresión en el pecho durante actividades físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor u opresión en el pecho que interfiere en su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Durante los últimos dos años, ¿ha notado que su corazón se salta o falta un latido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Acidez estomacal o indigestión que no está relacionada con la alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cualquier otro síntoma que usted cree estar relacionado con problemas cardíacos o circulatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <i>¿Actualmente toma medicamentos para alguno de los siguientes problemas?</i>		
a. Problemas respiratorios o pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si ha usado un respirador, <i>¿alguna vez ha padecido alguno de los siguientes problemas?</i> (Si nunca ha usado un respirador antes, marque el cuadro aquí <input type="checkbox"/> y continúe a la pregunta 9.)		
a. Irritación de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Alergias o erupciones en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Debilidad o fatiga general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cualquier otro problema que interfiere en el uso de respirador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Le gustaría hablar con el profesional médico que revisará este cuestionario acerca de sus respuestas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Parte A. Sección 2b. (OBLIGATORIO)

Cada empleado que ha sido seleccionado para usar un respirador de máscara completa o el equipo de respiración autónoma (SCBA) debe responder las preguntas 10-15. Para los empleados que han sido seleccionados para usar otros tipos de respiradores, responder estas preguntas es voluntario. Por favor, indique su respuesta de *sí* o *no*.

	Sí	No
10. ¿Ha perdido <i>alguna vez</i> la visión en cualquier ojo ( <i>temporalmente o permanentemente</i> )?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿ <i>Actualmente</i> tiene alguno de los siguientes problemas de la visión?		
a. Usa lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Usa lentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Daltonismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cualquier otro problema ocular o de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿ <i>Alguna vez</i> ha padecido una lesión en la oreja, incluyendo ruptura de tímpano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿ <i>Actualmente</i> padece alguno de los siguientes problemas de oído?		
a. Dificultad para oír	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Usa un aparato auditivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cualquier otro problema de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿ <i>Alguna vez</i> ha padecido una lesión en la espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿ <i>Actualmente</i> padece alguno de los siguientes problemas musculoesqueléticos?		
a. Debilidad en cualquier brazo, mano, pierna o pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dificultad para mover completamente los brazos y las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dolor o dureza al doblarse hacia delante o hacia atrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dificultad para mover la cabeza completamente de arriba a abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dificultad para mover la cabeza completamente de lado a lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dificultar para doblar las rodillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Dificultad para ponerse de cuclillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Subir gradas o escaleras cargando más de 25 libras, o 11.3 kilogramos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No
j. Cualquier otro problema muscular o esquelético que interfiere en el uso de respirador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Parte B.

**El profesional médico que revisará este cuestionario puede añadir las siguientes preguntas y otras no enumeradas a su discreción.**

	Sí	No
1. En su trabajo actual, ¿está en condiciones a gran altura ( <i>más de 5000 pies, o 1524 metros</i> ), o en un lugar que falta la concentración de oxígeno normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de respuesta afirmativa, ¿tiene mareos, falta de aire, presión en el pecho u otros síntomas al trabajar bajo aquellas condiciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En el trabajo o en casa, ¿ha estado expuesto a solventes peligrosas o partículas aéreas de sustancias químicas peligrosas ( <i>p.ej., gases, humos, polvos</i> ), o ha entrado en contacto con sustancias peligrosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de respuesta afirmativa, anote las sustancias ( <i>si las sabe</i> ).		
.....		
3. ¿Alguna vez ha trabajado con alguno de los siguientes materiales o bajo alguna de las siguientes condiciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Asbesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sílice ( <i>p.ej., al limpiar con chorro de arena</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tungsteno o cobalto ( <i>p.ej., al moler y soldar</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Berilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Aluminio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Carbón ( <i>p.ej., en minería</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hierro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Estaño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ambientes polvosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Exposición a cualquier otra sustancia peligrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

k. Para cada respuesta afirmativa (*de pregunta 3*), describa la exposición.

.....

.....

4. Anote todos sus otros empleos o negocios secundarios.

.....

.....

5. Anote sus empleos anteriores.

.....

.....

6. Anote sus pasatiempos actuales y anteriores.

.....

.....

7. ¿Ha servido en las Fuerzas Armadas?

En caso de respuesta afirmativa, ¿estuvo expuesta a sustancias químicas o biológicas (*durante entrenamiento o en combate*)?

8. ¿Alguna vez ha trabajado en un equipo de control de Materiales Peligrosas (HAZMAT, *por sus siglas en inglés*)?

9. Aparte de los medicamentos para tratar los problemas pulmonares, los problemas cardíacos, la presión sanguínea y las convulsiones ya mencionadas anteriormente en este cuestionario (*Parte A. Sección 2a. Pregunta 7.*), ¿toma usted otros medicamentos (*incluyendo los sin receta médica*) por cualquier razón?

En caso de respuesta afirmativa, anote los medicamentos (*si los sabe*).

.....

	Sí	No
10. ¿Usará alguna de las siguientes cosas con su(s) respirador(es)?		
a. Filtros de partículas del aire de alta eficiencia ( <i>HEPA, por sus siglas en inglés</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cartuchos filtrantes ( <i>p.ej., máscara antigás</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cartuchos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Con que frecuencia planea usar el(los) respirador(es)?		
<i>Indique Sí o No para toda respuesta que pertenece a usted.</i>		
a. Sólo para escape en emergencias ( <i>no para rescate</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sólo para rescate en emergencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Menos de 5 horas <i>a la semana</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menos de 2 horas <i>al día</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 2 a 4 horas <i>al día</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Más de 4 horas <i>al día</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Durante el período de tiempo que usted usa el(los) respirador(es), su carga de trabajo es:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ligera ( <i>quemar menos de 200 kilocalorías por hora</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ejemplos de carga ligera de trabajo incluyen sentarse al escribir, escribir a máquina, redactar borradores, ensamblar tareas livianas; o estar de pie al utilizar la prensa taladradora (1-3 libras, o 0,5-1,4 kilogramos) o al operar la maquinaria.</i>		
En caso de respuesta afirmativa, ¿cuánto tiempo dura este período de tiempo durante un turno de trabajo típico?		
.....horas .....minutos		
b. Moderada ( <i>quemar 200 a 350 kilocalorías por hora</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ejemplos de carga moderada de trabajo incluyen sentarse al clavar o archivar; manejar una camioneta o bus en un ambiente urbano; estar de pie al taladrar, clavar, ensamblar tareas o llevar una carga moderada (de como 35 libras, o 15,9 kilogramos) al nivel de la cintura; caminar por terreno plano a como 2 millas por hora o por cuesta abajo en una pendiente de 5 grados a como 3 millas por hora; o empujar una carga pesada (de como 100 libras, o 45,4 kilogramos) en una carretilla por terreno plano.</i>		
En caso de respuesta afirmativa, ¿cuánto tiempo dura este período de tiempo durante un turno de trabajo típico?		
.....horas .....minutos		

c. Pesada (*quemar más de 350 kilocalorías por hora*)

*Ejemplos de carga pesada de trabajo incluyen levantar cargas pesadas (de como 50 libras, o 22,7 kilogramos) del piso hasta la altura de la cintura o del hombro; trabajar en el muelle de carga; cavar; estar de pie al realizar la albañilería o desmenuzar moldes; caminar por cuesta arriba en una inclinación de 8 grados a como 2 millas por hora; o subir gradas mientras llevando una carga pesada (de como 50 libras, o 22,7 kilogramos).*

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuánto tiempo dura este período de tiempo durante un turno de trabajo típico?

.....horas .....minutos

13. ¿Llevará puesto prendas o equipo de protección (*además del respirador*) al utilizar el respirador?

En caso de respuesta afirmativa, describa las prendas y/o el equipo.

.....

.....

14. ¿Trabjará en los ambientes térmicos calurosos (*temperatura ambiental mayor de 77°F, o 25°C*)?

15. ¿Trabjará en los ambientes húmidos?

16. Describa el trabajo que hará mientras usa el respirador.

.....

.....

17. Describa las condiciones excepcionales o peligrosas que podría enfrentar al usar el(los) respirador(es) (p.ej., espacios cerrados, vapores fatales).

.....

.....

18. Aporte la siguiente información (*si la sabe*) por cada sustancia tóxica a la cual estará expuesto mientras usa su(s) respirador(es).
- a. Primera sustancia tóxica: .....
    - i. Nivel máximo aproximado de exposición por turno de trabajo: .....
    - ii. Duración de la exposición por turno: .....  - b. Segunda sustancia tóxica: .....
    - i. Nivel máximo aproximado de exposición por turno de trabajo: .....
    - ii. Duración de la exposición por turno: .....  - c. Tercera sustancia tóxica: .....
    - i. Nivel máximo aproximado de exposición por turno de trabajo: .....
    - ii. Duración de la exposición por turno: .....  - d. Otras sustancias tóxicas a las cuales estará expuesto mientras usa su(s) respirador(es).
    - .....
    - .....

19. Describa cualquier otra responsabilidad que tendrá mientras usa su(s) respirador(es) que pueda afectar la seguridad y el bienestar de otros (*p.ej., rescate, seguridad*).
- .....
  - .....

**Fuente:**  
 El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos  
 La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (*OSHA, por sus siglas en inglés*)  
 Estándar de protección respiratoria § 1910.134, Apéndice C  
<https://www.osha.gov/laws-regs/regulations/standardnumber/1910/1910.134AppC>

**Actualizado:** el 22 de diciembre del 2022