

**Apéndice C de § 1910.134: Cuestionario de evaluación médica de respiradores de OSHA (obligatorio)**

**Al empleador / A la empleadora:**

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.

**Al empleado / A la empleada:**

Su empleador debe permitirle responder este cuestionario durante el horario normal de trabajo, o en un momento y 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 decirle cómo entregar o enviar este cuestionario al profesional de la salud que lo revisará.

**Parte A. Sección 1. (OBLIGATORIO)**

**La siguiente información debe ser proporcionada por cada empleado que haya sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (favor escribir).**

1. Fecha: \_\_\_\_\_
  2. Su nombre: \_\_\_\_\_
  3. Su edad (al año más cercano): \_\_\_\_\_
  4. Sexo (circule uno): Masculino / Femenino
  5. Su altura: \_\_\_\_\_ ft. \_\_\_\_\_ in. o/or \_\_\_\_\_ cm
  6. Su peso: \_\_\_\_\_ lbs. o/or \_\_\_\_\_ kg
  7. Su título de trabajo: \_\_\_\_\_
  8. Un número de teléfono donde pueda ser contactado por el profesional de la salud que revisa este cuestionario (incluya el código de área): \_\_\_\_\_
  9. El mejor horario para llamarte a este número: \_\_\_\_\_ AM / PM
  10. ¿Le ha dicho su empleador cómo comunicarse con el profesional de la salud que revisará este cuestionario (encierre en un círculo): Sí / No
  11. Marque el tipo de respirador que usará (puede marcar más de una categoría):
    - a. \_\_\_\_\_ Respirador desechable N, R o P (máscara con filtro, de tipo sin cartucho solamente).
    - b. \_\_\_\_\_ Other Otro tipo (por ejemplo, tipo de media cara o máscara completa, purificador de aire forzado, aparato de respiración autónomo con suministro de aire).
  12. ¿Ha usado un respirador (circule uno): Sí / No  
En caso afirmativo, qué tipo(s): \_\_\_\_\_
-

## Parte A. Sección 2. (OBLIGATORIO)

Las preguntas 1 a 9 a continuación deben ser respondidas por cada empleado que haya sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (encierre en un círculo "sí" o "no").

1. *Actualmente* fuma tabaco, o ha fumado tabaco en el último mes: Sí / No
2. *¿Alguna vez ha tenido alguna* de las siguientes condiciones?
  - a. Convulsiones: Sí / No
  - b. Diabetes (enfermedad del azúcar): Sí / No
  - c. Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración: Sí / No
  - d. Claustrofobia (miedo a los lugares cerrados): Sí / No
  - e. Problemas para oler los olores: Sí / No
3. *¿Alguna vez ha tenido alguno* de los siguientes problemas pulmonares o problemas de pulmon?
  - a. Asbestosis: Sí / No
  - b. Asma: Sí / No
  - c. Bronquitis crónica: Sí / No
  - d. Enfisema: Sí / No
  - e. Neumonía: Sí / No
  - f. Tuberculosis: Sí / No
  - g. Silicosis: Sí / No
  - h. Neumotórax (pulmón colapsado): Sí / No
  - i. Cáncer de pulmón: Sí / No
  - j. Costillas rotas: Sí / No
  - k. Cualquier lesión o cirugía en el pecho: Sí / No
  - l. Cualquier otro problema pulmonar del que le hayan informado: Sí / No
4. *¿Actualmente tiene alguno* de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar o enfermedades de pulmon?
  - a. Dificultad para respirar: Sí / No
  - b. Dificultad para respirar al caminar rápido en terreno plano o al subir una colina o pendiente leve: Sí / No
  - c. Dificultad para respirar al caminar con otras personas a un ritmo normal en terreno plano: Sí / No
  - d. Tiene que detenerse para respirar cuando camina a su propio ritmo en terreno plano: Sí / No

- e. Dificultad para respirar al lavarse o vestirse: Sí / No
- f. Dificultad para respirar que interfiere con su trabajo: Sí / No
- g. Tos que produce flema (esputo espeso o mucosidad): Sí / No
- h. Tos que lo despierta temprano en la mañana: Sí / No
- i. Tos que ocurre principalmente cuando está acostado: Sí / No
- j. Tos con sangre en el último mes: Sí / No
- k. Sibilancias: Sí / No
- l. Sibilancias que interfieren con su trabajo: Sí / No
- m. Chest pain Dolor en el pecho al respirar profundamente: Sí / No
- n. Cualquier otro síntoma que crea que puede estar relacionado con problemas pulmonares: Sí / No

5. *¿Alguna vez ha tenido alguno* de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?

- a. Ataque al corazón: Sí / No
- b. Embolia: Sí / No
- c. Angina (dolor torácico isquémico): Sí / No
- d. Insuficiencia cardíaca: Sí / No
- e. Hinchazón en las piernas o los pies (no causada por caminar): Sí / No
- f. Arritmia cardíaca (latidos irregulares del corazón): Sí / No
- g. Presión sanguínea alta: Sí / No
- h. Cualquier otro problema cardíaco del que le hayan informado: Sí / No

6. *¿Alguna vez ha tenido alguno* de los siguientes síntomas cardiovasculares o cardíacos?

- a. Dolor frecuente u opresión en el pecho: Sí / No
- b. Dolor u opresión en el pecho durante la actividad física: Sí / No
- c. Dolor u opresión en el pecho que interfiere con su trabajo: Sí / No
- d. En los últimos dos años, ¿ha notado que su corazón se salta o pierde un latido? Sí / No
- e. Acidez estomacal o indigestión que no está relacionada con la alimentación: Sí / No
- f. Cualquier otro síntoma que crea que puede estar relacionado con problemas cardíacos o circulatorios: Sí / No

7. *¿Actualmente* toma medicamentos para alguno de los siguientes problemas?

- a. Problemas respiratorios o pulmonares: Sí / No
- b. Problemas del corazón: Sí / No

c. Presión arterial: Sí / No

d. Convulsiones: Sí / No

8. Si ha usado un respirador, ¿alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas? (Si nunca ha usado un respirador, marque el siguiente espacio y vaya a la pregunta 9):

a. Irritación de ojo: Sí / No

b. Alergias o erupciones en la piel: Sí / No

c. Ansiedad: Sí / No

d. Debilidad o fatiga general: Sí / No

e. Cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador: Sí / No

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

¿Ha sido seleccionado para usar un respirador de máscara completa o un aparato de respiración autónomo (SCBA)? (círcule uno):

Sí / No

**Las preguntas 10 a 15 son (OBLIGATORIAS SI) el empleado que ha sido seleccionado para usar un RESPIRADOR DE PIEZA COMPLETA o un APARATO DE RESPIRACIÓN AUTÓNOMO (SCBA).** Para los empleados que han sido seleccionados para usar otros tipos de respiradores, responder estas preguntas es voluntario.

10. ¿Ha perdido *alguna vez la visión en alguno* de los ojos (temporal o permanentemente): Sí / No

11. ¿*Actualmente* tiene alguno de los siguientes problemas de visión? Sí / No

a. Usa lentes de contacto: Sí / No

b. Usa lentes: Sí / No

c. Daltónico: Sí / No

d. Cualquier otro problema ocular o visual: Sí / No

12. ¿*Alguna vez* ha tenido una lesión en los oídos, incluyendo un tímpano roto? Sí / No

13. ¿*Actualmente* tiene alguno de los siguientes problemas auditivos?

a. Dificultad para oír: Sí / No

b. Usa un audífono: Sí / No

c. Cualquier otro problema de audición o del oído: Sí / No

14. ¿*Alguna vez* ha tenido una lesión en la espalda? Sí / No

15. ¿Tiene *actualmente* alguno de los siguientes problemas musculoesqueléticos?

a. Debilidad en cualquiera de sus brazos, manos, piernas o pies: Sí / No

b. Dolor de espalda: Sí / No

c. Dificultad para mover completamente los brazos y las piernas: Sí / No

d. Dolor o rigidez cuando se inclina hacia adelante o hacia atrás en la cintura: Sí / No

e. Dificultad para mover completamente la cabeza hacia arriba o hacia abajo: Sí / No

f. Dificultad para mover completamente la cabeza de lado a lado: Sí / No

g. Dificultad para doblar las rodillas: Sí / No

h. Dificultad para ponerse en cuclillas en el suelo: Sí / No

i. Subir un tramo de escaleras o una escalera con más de 25 libras: Sí / No

j. Cualquier otro problema muscular o esquelético que interfiera con el uso de un respirador: Sí / No

## Parte B

**Cualquiera de las siguientes preguntas, y otras preguntas no enumeradas, pueden agregarse al cuestionario a discreción del profesional de la salud que revisará el cuestionario.**

1. En su trabajo actual, ¿está trabajando a gran altura (más de 5000 pies) o en un lugar que tiene cantidades de oxígeno inferiores a las normales?: Sí / No

En caso afirmativo, ¿tiene mareos, dificultad para respirar, palpitaciones en el pecho u otros síntomas cuando trabaja en estas condiciones?: Sí / No

2. En el trabajo o en el hogar, ¿alguna vez ha estado expuesto a solventes peligrosos, sustancias químicas peligrosas en el aire (por ejemplo, gases, vapores o polvo) o ha estado en contacto con la piel con sustancias químicas peligrosas?: Sí / No

En caso afirmativo, nombre los productos químicos si los conoce: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez ha trabajado con alguno de los materiales, o bajo alguna de las condiciones, que se enumeran a continuación:

a. Amianto: Sí / No

b. Sílice (p. ej., en arenado): Sí / No

c. Tungsteno/cobalto (p. ej., molienda o soldadura de este material): Sí / No

d. Beryllium: Sí / No

e. Aluminio: Sí / No

f. Carbón (por ejemplo, minería): Sí / No

g. Hierro: Sí / No

h. Estaño: Sí / No

i. Ambientes polvorientos: Sí / No

j. Cualquier otra exposición peligrosa: Sí / No

En caso afirmativo, describa estas exposiciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Enumere cualquier segundo trabajo o negocio secundario que tenga: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Enumere sus ocupaciones anteriores: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Enumere sus pasatiempos actuales y anteriores: \_\_\_\_\_

7. ¿Ha estado en los servicios militares? Sí / No

En caso afirmativo, ¿estuvo expuesto a agentes biológicos o químicos (ya sea en entrenamiento o combate):

Sí / No

8. ¿Ha trabajado alguna vez en un equipo HAZMAT? Sí / No

9. Además de los medicamentos para problemas respiratorios y pulmonares, problemas cardíacos, presión arterial y convulsiones mencionados anteriormente en este cuestionario, ¿está tomando algún otro medicamento por algún motivo (incluidos los medicamentos de venta libre): Sí / No

En caso afirmativo, nombre los medicamentos si los conoce: \_\_\_\_\_

10. ¿Utilizará alguno de los siguientes elementos con su(s) respirador(es)?

a. Filtros HEPA: Sí / No

b. Botes (por ejemplo, máscaras de gas): Sí / No

c. Cartuchos: Sí / No

11. ¿Con qué frecuencia se espera que use el(los) respirador(es)? Encierre en un círculo "sí" o "no" para todas las respuestas que se apliquen a usted:

a. Solo escape (sin rescate): Sí / No

b. Solo rescate de emergencia: Sí / No

c. Menos de 5 horas a *la semana*: Sí / No

d. Menos de 2 horas *por día*: Sí / No

e. 2 a 4 horas por día: Sí / No

f. Más de 4 horas por día: Sí / No

12. Durante el período en que usa el(los) respirador(es), su esfuerzo laboral es:

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

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo dura este período durante el turno promedio?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

Ejemplos de un esfuerzo de trabajo ligero son estar sentado mientras se escribe, se escribe a máquina, se dibuja o se realiza un trabajo de montaje ligero; o estar de pie mientras opera una taladradora (1-3 lbs. / 0.5-1.4 kg) o máquinas de control.

b. *Moderado* (200 a 350 kcal por hora): Sí / No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo dura este período durante el turno promedio?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

Ejemplos de esfuerzo de trabajo moderado son *estar sentado* mientras clava o lima; *conducir* un camión o autobús en el tráfico urbano; *estar* de pie mientras perfora, clava, realiza trabajos de ensamblaje o transfiere una carga moderada (alrededor de 35 libras / 16 kg) al nivel del baúl; *caminar* sobre una superficie nivelada a unas 2 mph o bajar una pendiente de 5 grados a unas 3 mph; o *empujar* una carretilla con una carga pesada (alrededor de 100 libras / 45 kg) sobre una superficie nivelada.

c. *Pesado* (por encima de 350 kcal por hora): Sí / No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo dura este período durante el turno promedio?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

Ejemplos de trabajo pesado son levantar una carga pesada (alrededor de 50 libras / 23 kg) desde el piso hasta la cintura o el hombro; trabajando en un muelle de carga; palear; estar de pie mientras se albañilería o se descascarillarían piezas de fundición; subir una pendiente de 8 grados a unas 2 mph; subir escaleras con una carga pesada (alrededor de 50 libras / 23 kg).

13. ¿Usará ropa y/o equipo de protección (aparte del respirador) cuando esté usando su respirador? Sí / No

En caso afirmativo, describa esta ropa y/o equipo de protección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. ¿Trabjará en condiciones de calor (temperatura superior a 77°F / 25°C): Sí / No

15. ¿Trabjará en condiciones de humedad?: Sí / No

16. Describa el trabajo que realizará mientras usa su(s) respirador(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Describa cualquier condición especial o peligrosa que podría encontrar cuando usa su(s) respirador(es) (por ejemplo, espacios confinados, gases potencialmente mortales): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Proporcione la siguiente información, si la conoce, para cada sustancia tóxica a la que estará expuesto cuando esté usando su(s) respirador(es):

Nombre de la primera sustancia tóxica: \_\_\_\_\_

Nivel máximo de exposición estimado por turno: \_\_\_\_\_

Duración de la exposición por turno: \_\_\_\_\_

Nombre de la segunda sustancia tóxica: \_\_\_\_\_



Nivel máximo de exposición estimado por turno: \_\_\_\_\_

Duración de la exposición por turno: \_\_\_\_\_

Nombre de la tercera sustancia tóxica: \_\_\_\_\_

Nivel máximo de exposición estimado por turno: \_\_\_\_\_

Duración de la exposición por turno: \_\_\_\_\_

El nombre de cualquier otra sustancia tóxica a la que estará expuesto mientras usa su respirador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Describa las responsabilidades especiales que tendrá mientras usa su(s) respirador(es) que puedan afectar la seguridad y el bienestar de los demás (por ejemplo, rescate, seguridad):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

[63 FR 1152, Jan. 8, 1998; 63 FR 20098, April 23, 1998; 76 FR 33607, June 8, 2011; 77 FR 46949, Aug. 7, 2012]

Descargado el 2 de Junio de 2022 de:

<https://www.osha.gov/laws-regs/regulations/standardnumber/1910/1910.134AppC>