

Cuestionario de Evaluación Médica Obligado por OSHA  
(Administración de Seguridad y Salud Ocupacional)  
Parte 29 CFR 1910.134 Obligatorio para la protección del sistema  
respiratorio

Marque con un círculo para indicar sus respuestas a cada pregunta

Para el empleado: ¿Puede usted leer? (circule uno) Sí No

Su empleador debe dejarlo responder estas preguntas durante horas de trabajo o en el momento y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener este cuestionario confidencial, su empleador o supervisor no debe ver ni revisar sus respuestas. Su empleador debe informarle a quién dar o cómo enviar este cuestionario al profesional de salud que lo va a revisar.

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. Nombre:

-----

3. Edad: \_\_\_\_\_

4. Sexo (circule uno) Masculino o Femenino

5. Altura: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas

6. Peso: \_\_\_\_\_ libras

7. Su ocupación, título o tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

8. Número de teléfono donde le puede llamar un profesional de salud con licencia que revisará este cuestionario (incluya el área): \_\_\_\_\_

9. Indique la hora más conveniente para llamarle a este número: \_\_\_\_\_

10. ¿Le ha informado su empleador cómo comunicarse con el profesional de salud con licencia que va a revisar este cuestionario (circule una respuesta)? Sí No

11. Anote el tipo de equipo respiratorio que va a utilizar (puede anotar más de una categoría)

a. \_\_\_\_\_ Respirador desechable de clase N, R o P (por ejemplo: respirador de filtro mecánico, respirador sin cartucho).

b. \_\_\_\_\_ Otros tipos (respirador de media cara o cara completa, purificador de aire accionado por un motor, máscara con manguera con soplador (PAPR), máscara con manguera sin soplador (SAPR), aparato personal de auto-respiración (SCBA)

12. ¿Ha usado algún tipo de respirador? Sí No

Si ha usado equipo protector respiratorio, qué tipo(s) ha utilizado:

-----  
-----

Parte A. Sección 2. (Obligatorio): Las preguntas del 1 al 9 deben ser contestadas por cada empleado que fue seleccionado para usar cualquier tipo de respirador. Marque con un círculo para indicar sus respuestas.

1. ¿Fuma tabaco actualmente, o ha fumado tabaco durante el último mes?      Sí    No

2. ¿Ha tenido algunas de las siguientes condiciones médicas?

a. Convulsiones	Sí	No
b. Diabetes (azúcar en la sangre)	Sí	No
c. Reacciones alérgicas que no lo dejan respirar	Sí	No
d. Claustrofobia	Sí	No
e. Dificultad para oler excepto cuando ha cogido un resfriado	Sí	No

3. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares?

a. Asbestosis	Sí	No
b. Asma	Sí	No
c. Bronquitis crónica	Sí	No
d. Enfisema	Sí	No
e. Pulmonía	Sí	No
f. Tuberculosis	Sí	No
g. Silicosis	Sí	No
h. Neumotorax (pulmón colapsado)	Sí	No
i. Cáncer en los pulmones	Sí	No
j. Costillas quebradas	Sí	No

- |  |    |    |
|--|----|----|
| k. Lesión o cirugía en el pecho                                    | Sí | No |
| l. Algún otro problema de los pulmones que le haya dicho su médico | Sí | No |

4. ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en los pulmones?

- |  |    |    |
|--|----|----|
| a. Respiración dificultosa   | Sí | No |
| b. Respiración dificultosa cuando camina rápido sobre terreno plano o subiendo una colina      | Sí | No |
| c. Respiración dificultosa cuando camina normalmente con otras personas sobre terreno plano    | Sí | No |
| d. Cuando camina normalmente en terreno plano ¿siente que tiene que detenerse para coger aire? | Sí | No |
| e. Respiración dificultosa cuando se está bañando o vistiendom.                                | Sí | No |
| f. Respiración dificultosa que le impide trabajar  | Sí | No |
| g. Tos con flema   | Sí | No |
| h. Tos que lo despierta temprano en la mañana  | Sí | No |
| i. Tos que ocurre mayormente cuando está acostado  | Sí | No |
| j. ¿Ha tosido sangre en el último mes?   | Sí | No |
| k. Respiración dificultosa y con ruido   | Sí | No |
| l. Respiración dificultosa y con ruido que le impide trabajar                                  | Sí | No |
| m. Dolor en el pecho cuando respira profundamente  | Sí | No |
| n. Otros síntomas que cree usted están relacionados a los pulmones                             | Sí | No |

5. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas con el corazón?

- |   |    |    |
|---|----|----|
| a. Ataque cardíaco  | Sí | No |
| b. Ataque cerebrovascular                                   | Sí | No |
| c. Angina de pecho  | Sí | No |
| d. Insuficiencia cardíaca                                   | Sí | No |
| e. Hinchazón en las piernas o pies (que no sea por caminar) | Sí | No |
| f. Latidos irregulares del corazón                          | Sí | No |
| g. Presión alta   | Sí | No |
| h. Algún otro problema con el corazón                       | Sí | No |

6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas cardiacos?

- |   |    |    |
|---|----|----|
| a. Dolor de pecho frecuente o pecho apretado                  | Sí | No |
| b. Dolor o pecho apretado durante actividad física            | Sí | No |
| c. Dolor o pecho apretado que no lo deja trabajar normalmente | Sí | No |

- |   |    |    |
|---|----|----|
| d. En los últimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente                               | Sí | No |
| e. Dolor en el pecho o indigestión que no es relacionado a la comida                                  | Sí | No |
| f. Algunos otros síntomas que usted piensa son causados por problemas del corazón o de la circulación | Sí | No |

7. ¿Está tomando medicinas por alguno de los siguientes problemas?

- a. Problemas pulmonares
- b. Problemas del corazón
- c. Presión alta
- d. Convulsiones

8. Si ud. ha usado un respirador ¿ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas? (si no ha usado un respirador deje esta pregunta en blanco y continúe con la pregunta 9).

- |   |    |    |
|---|----|----|
| a. Irritación de los ojos                                   | Sí | No |
| b. Alergias del cutis o salpullido                          | Sí | No |
| c. Ansiedad que ocurre solamente cuando usa el respirador   | Sí | No |
| d. Debilidad, falta de vigor o fatiga desacostumbrada       | Sí | No |
| e. Algún otro problema que le impida utilizar su respirador | Sí | No |

9. ¿Le gustaría hablar con el profesional de salud que va a revisar sus respuestas?

	Sí	No
--	----	----

Las preguntas de la 10 a la 15 deben ser contestadas por los empleados seleccionados para usar un respirador purificador de aire de cara completa con filtros o un aparato personal de auto respiración?

10. ¿Ha perdido la vista en cualquiera de sus ojos (temporalmente o permanente)?

	Sí	No
--	----	----

11. ¿Actualmente tiene algunos de los siguientes problemas con su vista?

	Sí	No
--	----	----

- |   |    |    |
|---|----|----|
| a. Usa lentes de contacto                         | Sí | No |
| b. Usa lentes                                     | Sí | No |
| c. Daltonismo(dificultad para distinguir colores) | Sí | No |
| d. Algún problema con los ojos o la vista         | Sí | No |

12. ¿Se ha hecho alguna vez daño en los oídos, como romperse el tímpano?

	Sí	No
--	----	----

13. ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas para oír?

- |  |    |    |
|--|----|----|
| a. Dificultad para oír                                     | Sí | No |
| b. Usa un aparato para oír                                 | Sí | No |
| c. ¿Tiene algún otro problema con los oídos o de audición? | Sí | No |

14. ¿Se ha lesionado alguna vez la espalda?

15. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas óseos o musculares?

- |  |    |    |
|--|----|----|
| a. Debilidad en los brazos, manos, piernas o pies                            | Sí | No |
| b. Dolor de espalda  | Sí | No |
| c. Dificultad para mover sus brazos y piernas completamente                  | Sí | No |
| d. Dolor o rigidez cuando se inclina para adelante o para atrás              | Sí | No |
| e. Dificultad para mover la cabeza para arriba o para abajo completamente    | Sí | No |
| f. Dificultad para mover la cabeza de lado a lado                            | Sí | No |
| g. Dificultad para agacharse doblando las rodillas                           | Sí | No |
| h. Dificultad para agacharse hasta tocar el piso                             | Sí | No |
| i. Dificultad para subir escaleras cargando más de 25 libras                 | Sí | No |
| j. Algún problema muscular o con sus huesos que le impida usar un respirador | Sí | No |

**Parte B. Las siguientes preguntas pueden ser agregadas al cuestionario a discreción del profesional de salud con licencia del estado.**

1. ¿Está trabajando en alturas arriba de 5.000 pies o en sitios que tienen menos oxígeno de lo normal? Sí No

Si la respuesta es “sí”, ¿se ha sentido mareado o ha tenido dificultad para respirar, palpitaciones o cualquier otro síntoma que no tiene cuando no está trabajando en estas condiciones? Sí No

2. ¿En el trabajo o en su casa ha estado expuesto a solventes o contaminantes peligrosos en el aire (como por ejemplo humos, neblina o polvos) o ha entrado su piel en contacto con sustancias químicas peligrosas? Sí No

Escriba las sustancias o productos químicos a los que ha estado expuesto, si sabe cuáles son:

---

3. ¿Ha trabajado con los siguientes materiales o las condiciones anotadas abajo?

- |  |    |    |
|--|----|----|
| a. Asbesto                               | Sí | No |
| b. Sílice (limpieza con chorro de arena) | Sí | No |

- |  |       |
|--|-------|
| c. Tungsteno/cobalto (pulverizado o soldadura) | Sí No |
| d. Berilio                                     | Sí No |
| e. Aluminio                                    | Sí No |
| f. Carbón de piedra (minando)                  | Sí No |
| g. Hierro                                      | Sí No |
| h. Estaño                                      | Sí No |
| i. Ambiente polvoriento                        | Sí No |
| j. Solventes                                   | Sí No |
| k. Algún otra sustancia o material peligroso   | Sí No |

Describa las exposiciones peligrosas

-----

-----

4. ¿Tiene usted otro trabajo o un negocio aparte de éste?

-----

-----

5. ¿En qué ha trabajado antes?

-----

-----

6. ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?

-----

-----

7. ¿Hizo servicio militar?

Sí No

Si la respuesta es “sí” ¿ha estado expuesto a agentes químicos o biológicos durante el entrenamiento o combate?

Sí No

8. ¿Alguna vez ha trabajado en un equipo de HAZMAT (equipo de respuesta de emergencia a incidentes de materiales peligrosos)

Sí No

9. ¿Está tomando alguna medicina que no haya mencionado en este cuestionario (tales como remedios caseros o medicinas que compra sin receta médica)?

Sí No

10. ¿Va a usar algunas de las siguientes partes con su respirador?

Sí No

a. Filtros HEPA (filtro de alta eficiencia que remueve partículas tóxicas en la atmósfera)

Sí No

b. Canastillo (por ejemplo, máscara para gas)

Sí No

c. Cartuchos Sí No

11. ¿Cuántas veces espera usar un respirador?

- a. Para salir de peligro solamente (no rescates) Sí No
- b. Rescates de emergencia solamente Sí No
- c. Menos de 5 horas por 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 tiempo que tiene puesto el respirador su trabajo es...?

a. **Ligero** (menos de 200 kcal por hora) Si la respuesta es “sí”, cuánto tiempo dura la obra \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos Sí No  
*Ejemplos de trabajos ligeros: estar sentado escribiendo, escribir a máquina, diseñar, trabajar en la línea de montaje, o manejar de pie un taladro o máquinas*

b. **Moderado** (200-350 kcal por hora) Si la respuesta es “sí” cuánto tiempo dura en promedio por jornada \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos Sí No  
Ejemplos de trabajo moderado: estar sentado clavando o archivando, manejar un camión o autobús en tráfico pesado, estar de pie taladrando, clavando, trabajando en la línea de montaje o transfiriendo una carga (de 35 libras) a la altura de la cintura; caminar sobre terreno plano a 2 millas por hora o bajar a 3 millas por hora; empujar una carretilla con una carga pesada (de 100 libras) sobre terreno plano.

c. **Pesado** (más de 350 kcal por hora): Si la respuesta es “sí” cuánto tiempo dura en promedio por jornada \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos Sí No  
Ejemplos de trabajo pesado: levantar cargas pesadas (más de 50 libras) desde el piso hasta la altura de la cintura o los hombros; trabajar cargando o descargando; traspalear; estar de pie trabajando de albañil o partiendo moldes; subir a 2 millas por hora; subir escaleras con una carga pesada (más de 50 libras).

13. ¿Va a estar usando ropa o equipo de protección cuando use el respirador? Sí No  
Si la respuesta es “sí” describa qué va a estar usando

---

---

14. ¿Va a estar trabajando en condiciones calurosas? Sí No  
(temperatura de más de 77 grados F)?

15. ¿Va a estar trabajando en condiciones húmedas?

Sí No

16. Describa el tipo de trabajo que va a estar haciendo cuando use el respirador

---

---

17. Describa cualquier situación especial o peligrosa que pueda encontrar cuando esté usando el respirador (por ejemplo, espacios encerrados, gases que lo pueden matar, etc.)

---

---

18. Provea la siguiente información, si la sabe, por cada sustancia tóxica a la que vaya a estar expuesto cuando esté usando el respirador (o respiradores):

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

Máximo nivel de exposición por jornada de trabajo \_\_\_\_\_

Tiempo de exposición por jornada \_\_\_\_\_

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

Máximo nivel de exposición por jornada de trabajo \_\_\_\_\_

Tiempo de exposición por jornada \_\_\_\_\_

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

Máximo nivel de exposición por jornada de trabajo \_\_\_\_\_

Tiempo de exposición por jornada \_\_\_\_\_

Nombre de cualquier sustancia tóxica a la que vaya a estar expuesto cuando tenga puesto el respirador \_\_\_\_\_

19. Describa alguna responsabilidad especial que vaya a tener cuando tenga puesto el respirador (o respiradores) que pueda afectar la seguridad o la vida de otros (por ejemplo, rescate, seguridad).

---