Apéndice C de la sección 1910.134: Cuestionario OS HA de evaluación para respiradores médicos (Obligatorio)

Al empleador: Las respuestas a las preguntas de la sección 1, y a la pregunta 9 de la sección 2, Parte A, no requieren un examen médico.

Al empleado:

Puede usted leer (marque con un círculo la respuesta que corresponda): Sí/No

Su empleador debe permitirle rellenar este cuestionario durante las horas laborales normales o cuando y donde le sea conveniente a usted. Con el fin de proteger la confidencialidad, su empleador o supervisor no puede ni debe mirar o verificar sus respuestas, y su empleador debe decirle cómo entregar o enviar este cuestionario al profesional de la salud encargado/a de evaluarlo.

Parte A. Sección 1. (Obligatoria)
La siguiente información debe ser provista por cada empleado que haya sido seleccionado para utilizar cualquier tipo de respirador (se ruega escriba en letra de imprenta).

1. Fecha de hoy:_____

2. Su nombre:_____

3. Su edad (al año más próximo):_____

4. Sexo (marque la respuesta con un círculo): Hombre/Mujer

5. Su altura: _____ pies _____ pulgadas

6. Su peso: _____ libras

7. Su titulo en el trabajo:_____

8. Un número de teléfono al que le pueda llamar el profesional de la salud que evalúe este cuestionario (incluya el código de la zona): _____

9. La mejor hora para hablar con usted al número que ha indicado: _____

10. Le ha dicho su empleador cómo ponerse en contacto con el profesional de la salud que evaluará este cuestionario (marque la respuesta con un círculo): Sí/No

11. Marque el tipo de respirador que utilizará usted (puede marcar más de una categoría):
a. _____ Respirador desechable N, R, o P (únicamente tipo sin cartucho, mascarilla de filtro).
b. _____ Otro tipo (por ejemplo, tipo máscara completa o parcial, con purificador de aire motorizado, con suministro de aire, aparato de respiración autónomo).

12. ¿Se ha puesto un respirador (marque la respuesta con un círculo): Sí/No

Si "sí", ¿qué tipo(s)?:_____
_____

Parte A. Sección 2. (Obligatoria)
Las preguntas 1 a 9 siguientes deben ser contestadas por cada empleado que haya sido seleccionado para utilizar cualquier tipo de respirador (se ruega marque con un círculo "sí" o "no").

1. ¿Fuma usted ***actualmente*** tabaco, o ha fumado usted tabaco en el mes pasado?: Sí/No

2. ¿***Alguna vez*** ha tenido usted una de las siguientes condiciones?
   a. Convulsiones (ataques): Sí/No
   b. Diabetes (enfermedad del azúcar): Sí/No
   c. Reacciones alérgicas que interfieran con su respiración: Sí/No
   d. Claustrofobia (miedo a los espacios cerrados y estrechos): Sí/No
   e. Dificultades en oler: Sí/No

3. ¿***Alguna vez*** ha tenido usted cualquiera de los siguientes problemas pulmonares o del pulmón?
   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. Neumotórax (colapso del pulmón): Sí/No
   i. Cáncer del pulmón: Sí/No
   j. Costillas rotas: Sí/No
   k. Cualquier lesión o cirugía al pecho: Sí/No
   l. Cualquier otro problema pulmonar que le hayan mencionado: Sí/No

4. ¿Tiene usted ***actualmente*** cualquier de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar o del pulmón?
   a. Falta de aliento (disnea): Sí/No
   b. Falta de aliento cuando camina rápido sobre terreno nivelado o una pendiente leve: Sí/No
   c. Falta de aliento cuando camina con otras personas a un ritmo normal sobre terreno nivelado: Sí/No
   d. Tiene que parar para respirar cuando camina a su propio ritmo sobre terreno nivelado: Sí/No
   e. Falta de aliento cuando se viste o se lava: Sí/No
   f. Falta de aliento que interfiere con su trabajo: Sí/No
   g. Tos que produce flema (esputo espeso): Sí/No
   h. Tos que lo/la despierta temprano por la mañana: Sí/No
   i. Tos que suele ocurrir sobre todo cuando esta acostado/a: Sí/No
   j. Tos con sangre en el pasado mes: Sí/No
   k. Respiración sibilante: Sí/No
   l. Respiración sibilante que interfiere con su trabajo: Sí/No
   m. Dolor en el pecho cuando respira hondo: Sí/No
   n. Cualquier otro síntoma que usted crea que esté relacionado con problemas del pulmón: Sí/No

5. ¿***Alguna vez*** ha tenido cualquiera de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?
   a. Ataque cardíaco: Sí/No
   b. Derrame cerebral: 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. Arritmia del corazón (corazón que late irregularmente): Sí/No
   g. Presión sanguínea elevada: Sí/No
   h. Cualquier otro problema del corazón que se le haya mencionado: Sí/No

6. ¿***Alguna vez*** ha tenido cualquiera de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?
   a. Dolor u opresión en el pecho frecuente: Sí/No
   b. Dolor u opresión en el pecho durante actividades físicas: 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 late en forma irregular?: Sí/No

e. Acidez de estomago o indigestión que no tenga que ver con la comida: Sí/No
f. Cualquier otro síntoma que usted piense que se relacione con problemas de corazón o de circulación: Sí/No

7. ¿Toma usted ***actualmente*** medicamentos para cualquiera de los siguientes problemas?
a. Problemas de respiración o del pulmón: Sí/No
b. Problemas de corazón: Sí/No
c. Presión sanguínea: Sí/No
d. Convulsiones (ataques): Sí/No

8. Si ha utilizado un respirador, ¿***alguna*** vez ha tenido cualquiera de los siguientes problemas? (Si nunca utilizó un respirador, marque el siguiente espacio y pase a la pregunta 9:)
a. Irritación de ojo: Sí/No
b. Alergias o erupciones de piel: Sí/No
c. Ansiedad: Sí/No
d. Cansancio o debilidad general: Sí/No
e. Cualquier otro problema que interfiere con el uso de un respirador: Sí/No

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

Las preguntas 10 a 15 a continuación deben ser contestadas por cada empleado que haya sido seleccionado para utilizar un respirador de máscara completa o un aparato de respiración autónomo (Self-Contained Breathing Apparatus, o SCBA por sus siglas en inglés). En cuanto a los empleados que han sido seleccionados para utilizar otro tipo de respiradores, las respuestas a estas preguntas son voluntarias.

10. ¿***Alguna*** vez ha ***perdido*** la visión en uno de los ojos (temporalmente o permanentemente)?: Sí/No

11. ¿Tiene ***actualmente*** cualquiera de los siguientes problemas de visión?
a. Lleva lentes de contacto: Sí/No
b. Lleva lentes o gafas: Sí/No
c. Daltonismo (no distingue colores): Sí/No
d. Cualquier otro problema de ojo o de visión: Sí/No

12. ¿***Alguna*** vez ha ***tenido*** lesiones de oído, inclusive un tímpano perforado?: Sí/No

13. ¿Tiene ***actualmente*** cualquiera de los siguientes problemas de oído?
a. Dificultades en oír: Sí/No
b. Tiene puesto un audífono: Sí/No
c. Cualquier otro problema de oído o de oreja: Sí/No

14. ¿***Alguna*** vez ha tenido lesiones de espalda?: Sí/No

15. ¿Tiene ***actualmente*** cualquiera de los siguientes problemas óseo-musculares?
a. Debilidad en cualquiera de los brazos, las manos, las piernas o los pies: Sí/No
b. Dolor de espalda: Sí/No
c. Dificultades en mover plenamente sus brazos y sus piernas: Sí/No
d. Dolor o rigidez cuando se inclina al frente o atrás desde la cintura: Sí/No
e. Dificultades en mover plenamente su cabeza hacia arriba o abajo: Sí/No
f. Dificultades en mover plenamente su cabeza de lado a lado: Sí/No
g. Dificultades en flexionar las rodillas: Sí/No
h. Dificultades en agacharse o acuclillarse: Sí/No
i. Subir de un piso a otro o escaleras cuando carga más de 25 libras: Sí/No
j. Cualquier otro problema muscular o esquelético que interfiere con el uso de un respirador: Sí/No

Parte B
Cualquiera de las siguientes preguntas, así como otras preguntas no enumeradas, pueden ser agregadas al cuestionario según lo determine el profesional de la salud que evaluará al presente cuestionario.

1. En su puesto de trabajo actual, ¿trabaja usted a grandes altitudes (más de 5,000 pies) o en un lugar cuya cantidad de oxígeno sea menor a la normal?: Sí/No

Si "sí", ¿siente usted mareo o vértigo, falta de aliento, palpitaciones de pecho u otro síntoma cuando trabaja bajo dichas condiciones?: Sí/No

2. En el trabajo o en casa, ¿alguna vez ha sido usted expuesto/a a solventes peligrosos, sustancias químicas peligrosas en el aire (por ejemplo, gases, humos o polvo), o ha tenido su piel contacto con sustancias químicas peligrosas?: Sí/No

Si "sí", indique el nombre de las sustancias químicas si los sabe: _____
_____
_____

3. ¿Alguna vez ha trabajado usted con cualquier de las sustancias, o en cualquiera de las condiciones, que se enumeran a continuación:

a. Asbestos: Sí/No
b. Silicio (***por ejemplo,*** en limpieza a chorro de arena): Sí/No
c. Tungsteno/cobalto (por ejemplo, molienda o soldadura de dicho material): Sí/No
d. Berilio: Sí/No
e. Aluminio: Sí/No
f. Carbón (por ejemplo, minería): Sí/No
g. Hierro: Sí/No
h. Estaño: Sí/No
i. Ambientes con polvo: Sí/No
j. Cualquier otra exposición peligrosa: Sí/No

Si "sí", describa dichas exposiciones: _____
_____
_____

4. Enumere cualquier otro segundo empleo o negocio adicional que usted tenga:_____
_____

5. Enumere sus ocupaciones anteriores:_____
_____

6. Enumere sus hobbies o pasatiempos actuales o anteriores:_____
_____

7. ¿Ha sido miembro del ejercito militar? Sí/No

Si "sí", ¿fue usted expuesto/a a sustancias biológicas o químicas (sea durante la formación o el combate)?: Sí/No

8. ¿Alguna vez trabajó usted en un equipo de sustancias peligrosas (HAZardous MATerials, o HAZMAT por sus siglas en inglés)? Sí/No

9. A diferencia de los medicamentos para los problemas de respiración y de pulmones, de corazón, de presión alta y de convulsiones que se mencionaron anteriormente en el presente cuestionario, ¿toma usted otros medicamentos por cualquier razón (inclusive medicamentos sin receta)?: Sí/No

Si "sí", enumere los medicamentos si los conoce:_____

10. ¿Utilizará usted cualquiera de los siguientes artículos con el o los respiradores?
    a. Filtros HEPA (ultra-filtrados): Sí/No
    b. Recipientes (por ejemplo, máscaras antigas): Sí/No
    c. Cartuchos: Sí/No

11. ¿Cuán a menudo se prevé que usted utilizará el o los respiradores (marque con un círculo "sí" o "no" para todas las respuestas que aplican en su caso)?:

    a. Evacuación únicamente (sin rescate): Sí/No
    b. Rescate de emergencia únicamente: Sí/No
    c. Menos de 5 horas ***por semana:*** Sí/No
    d. Menos de 2 horas ***al día:*** Sí/No
    e. 2 a 4 horas al día: Sí/No
    f. Más de 4 horas al día: Sí/No

12. Durante el periodo en que utilizará el o los respiradores, su esfuerzo laboral será:

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

Si "sí", ¿Cuánto tiempo dura este periodo de tiempo por turno corriente: _____horas _____minutos.

Ejemplos de un esfuerzo laboral leve son ***sentarse*** mientras se escribe a mano, a máquina, se dibuja, o se realiza trabajo de ensamblaje liviano; o ***estar de pie*** mientras se opera una perforadora (1-3 libras) o equipo de control.

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

Si "sí", ¿cuánto tiempo dura este periodo durante un turno corriente?:_____horas _____minutos.

Ejemplos de esfuerzo laboral moderado son ***sentarse*** mientras se clava o lima; ***manejar*** un camión o autocar en tráfico urbano; ***estar de pie*** mientras se perfora, clava, realiza trabajo de ensamblaje o se transfiere una carga moderada (unas 35 libras) a nivel del tronco; ***caminar*** sobre un nivel plano a unas 2 millas por hora, o bajando una pendiente de 5 grados a unas 3 millas por hora; o ***empujar*** una carreta con una carga pesada (unas 100 libras) sobre un nivel plano.

    3. ***Pesado*** (más de 350 kcal por hora): Sí/No

Si "sí", ¿cuánto tiempo dura este periodo durante un turno corriente:_____horas _____minutos

Ejemplos de labor pesada son ***levantar*** una carga pesada (unas 50 libras) desde el suelo a nivel de la cintura o del hombro; trabajar en un muelle de carga; ***utilizar una pala; estar de pie*** mientras se realizan tareas de albañilería o se cincela/pica moldes; ***caminar*** subiendo una pendiente de 8 grados unas 2 millas por hora; subir escaleras con una carga pesada (unas 50 libras).

13. ¿Se pondrá usted ropa y/o equipo de protección (además del respirador) cuando utilice su respirador?: Sí/No

Si "sí", describa esta ropa y/o este equipo de protección:_____
_____

14. ¿Trabajará usted bajo condiciones calurosas (temperaturas en exceso de 77 grados F): Sí/No

15. ¿Trabajará usted bajo condiciones húmedas: Sí/No

16. Describa el trabajo que usted hará mientras utiliza su respirador(s):
_____
_____

17. Describa cualquier condición especial o peligrosa que pueda encontrar mientras utilice su o sus respiradores (por ejemplo, espacios limitados, gases mortales):
_____
_____

18. Provea la siguiente información, si la sabe, sobre cada sustancia tóxica a la que usted quedará expuesto/a mientras utilice su o sus respiradores:

Nombre de la primera sustancia tóxica:_____
Nivel de exposición máximo estimado por turno:_____
Duración de la exposición por turno:_____
Nombre de la segunda sustancia tóxica:_____
Nivel de exposición máximo estimado por turno:_____
Duración de la exposición por turno:_____
Nombre de la tercera sustancia tóxica:_____
Nivel de exposición máximo estimado por turno:_____
Duración de la exposición por turno:_____
El nombre de cualquier otra sustancia tóxica a la que usted quedará expuesto/a mientras utilice su respiradores:
_____
_____
_____

19. Describa cualquier responsabilidad especial que usted mantendrá mientras utilice su o sus respiradores que pueda afectar la seguridad y el bienestar de los demás (por ejemplo, rescate, seguridad):

_____

[63 FR 1152, 8 de enero de 1998; 63 FR 20098, 23 de abril de 1998]