

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
SHTG 05034 SH8 - Protección Respiratoria

Apéndice C 1910.134: OSHA Cuestionario médico de evaluación médica de respiradores
(Mandatorio)

Al patrono: *Las contestaciones a las preguntas en la Sección 1 y hasta la pregunta 9 en la Sección 2 de la Parte A no requieren evaluación médica.*

Al empleado: *Puede usted leer? Sí/No (Marque una con un círculo)*

Su patrono debe permitirle contestar este cuestionario durante horas normales de trabajo o en un tiempo y lugar que le sea conveniente a usted. Para mantener su confidencialidad, su patrono o supervisor no debe mirar o revisar sus contestaciones y su patrono debe decirle cómo entregar o mandar este cuestionario al profesional del cuidado de la salud que vaya a revisarlo.

Parte A. Sección 1. (Mandatorio) La siguiente información debe ser provista por todo empleado que haya sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (en letra de imprenta, por favor).

1. La fecha de hoy: _____
2. Su nombre: _____
3. Su edad: _____
4. Sexo: Masculino/Femenino (circule uno)
5. Su estatura en pies y pulgadas: pies pulgadas; _____
6. Su peso: _____ lbs.
7. Su título de trabajo: _____
8. Un número de teléfono donde el profesional del cuidado de la salud que revise este cuestionario pueda conseguirlo (Incluyendo el código de área): _____
9. La hora más conveniente para llamar a este número: _____
10. Le ha dicho su patrono cómo comunicarse con el profesional del cuidado de la salud que revise este cuestionario? Sí/No (Marque uno)
11. Marque el tipo de respirador que vaya a usar (puede marcar más de una categoría).
 - a. Respirador desechable N, R o P (máscara de filtro del tipo sin cartuchos solamente).
 - b. Otro tipo (por ejemplo, tipo de media careta o careta completa, purificador de aire automático, aparato respirador autocontenido (SCBA) , aire suplido).
12. Ha usado un respirador? Sí/No (Marque uno)
Si la respuesta es sí, qué tipo? _____

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
SHTG 05034 SH8 - Protección Respiratoria

Parte A. Sección 2. (Mandatorio) Las preguntas del 1 al 9 a continuación deben ser contestadas por todo empleado que haya sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (marque "sí" o "no")

1. En la actualidad fuma tabaco o ha fumado tabaco en el último mes? Sí/No
2. Ha tenido alguna vez alguna de las siguientes condiciones?
 - a. Ataques: Sí/No
 - b. Diabetes: Sí/No
 - c. Reacciones alérgicas que interfieran con su respiración Sí/No
 - d. Claustrofobia (miedo a los lugares cerrados) Sí/No
 - e. Dificultad en detectar olores: Sí/No
3. Ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas pulmonares?
 - a. Asbestosis Sí/No
 - b. Asma Sí/No
 - c. Bronquitis crónica Sí/No
 - d. Enfisema Sí/No
 - e. Pneumonía Sí/No
 - f. Tuberculosis Sí/No
 - g. Silicosis Sí/No
 - h. Pneumotórax Sí/No
 - i. Cáncer pulmonar Sí/No
 - j. Costillas rotas Sí/No
 - k. Cualesquiera lesiones o cirugías del pecho Sí/No
 - l. Cualquier otro problema pulmonar que se le haya mencionado Sí/No
4. Tiene en la actualidad algunos de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar?
 - a. Cortedad de respiración: Sí/No
 - b. Cortedad de respiración al caminar rápidamente en terreno plano o al subir una colina o inclinación ligera Sí/No
 - c. Cortedad de respiración al caminar con otras personas a paso ordinario en terreno plano Sí/No
 - d. Tiene que detenerse para respirar al caminar a su propio paso en terreno plano: Sí/No
 - e. Cortedad de respiración al lavarse o vestirse: Sí/No
 - f. Cortedad de respiración que interfiera con su trabajo: Sí/No
 - g. Tos que produzca flema (esputo espeso): Sí/No
 - h. Tos que lo despierte temprano en la mañana: Sí/No

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
SHTG 05034 SH8 - Protección Respiratoria

- i. Tos que ocurra mayormente mientras está acostado: Sí/No
 - j. Toser con sangre en el último mes: Sí/No
 - k. Sibilancia: Sí/No
 - l. Sibilancia que interfiera con su trabajo: Sí/No
 - m. Dolor en el pecho cuando inhale profundamente: Sí/No
 - n. Cualesquiera otros síntomas que piense que estén relacionados con problemas pulmonares: Sí/No
5. Alguna vez ha tenido cualquiera de los siguientes problemas cardiovasculares o cardíacos?
- a. Ataques cardíacos: Sí/No
 - b. Infartos: Sí/No
 - c. Angina: Sí/No
 - d. Fallo cardíaco Sí/No
 - e. Hinchazón de las piernas o pies (no causado por caminar): Sí/No
 - f. Arritmia cardíaca (latidos irregulares del corazón): Sí/No
 - g. Alta presión sanguínea: Sí/No
 - h. Cualquier otro problema cardíaco que se le haya mencionado: Sí/No
6. Ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes síntomas cardiovasculares o cardíacos?
- a. Dolor o frecuente: Sí/No
 - b. Dolor o pecho apretado durante actividad física: Sí/No
 - c. Dolor o pecho apretado que interfiera con su trabajo: Sí/No
 - d. En los pasados dos años ha notado que su corazón salta o deja un latido: Sí/No
 - e. Hervederas o indigestión que no esté relacionada con comer: Sí/No
 - f. Cualesquiera otros síntomas que piense que puedan estar relacionados a problemas cardíacos o de la circulación: Sí/No
7. En la actualidad toma medicamentos para alguno de los siguientes problemas?
- a. Problemas respiratorios o pulmonares: Sí/No
 - b. Problemas del corazón: Sí/No
 - c. Presión sanguínea: Sí/No
 - d. Ataques: 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 espacio siguiente y prosiga a la pregunta 9:)
- a. Irritación de los ojos: Sí/No
 - b. Alergias o salpullidos de la piel: Sí/No
 - c. Ansiedad: Sí/No

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
SHTG 05034 SH8 - Protección Respiratoria

d. Debilidad o fatiga general: Sí/No

e. Cualquier otro problema que interfiera con su uso del respirador: Sí/No

9. Le gustaría hablar con el profesional del cuidado de la salud que vaya a revisar este cuestionario sobre sus respuestas a este cuestionario? Sí/No

Las preguntas 10 a 15 a continuación deben ser contestadas por todo empleado que haya sido seleccionado para usar un respirador de careta completa o un aparato respirador autocontenido (SCBA). Para los empleados que hayan sido seleccionados para usar otros tipos de respiradores, contestar estas preguntas es voluntario.

10. Alguna vez ha perdido la visión en cualquiera de los ojos (temporera o permanentemente)?

Sí/No

11. En la actualidad tiene algunos de los problemas de visión?

a. Usa lentes de contacto: Sí/No

b. Usa espejuelos: Sí/No

c. Daltonismo: Sí/No

d. Cualquier otro problema de visión: Sí/No

12. Alguna vez ha tenido una lesión de los oídos, incluyendo el tímpano perforado? Sí/No

13. En la actualidad tiene alguno de los siguientes problemas de audición?

a. Dificultad para oír: Sí/No

b. Usa un audífono: Sí/No

c. Cualquier otro problema de audición: Sí/No

14. Alguna vez ha tenido una lesión de la espalda? Sí/No

15. En la actualidad tiene alguno de los siguientes problemas músculoesqueléticos?

a. Debilidad de los brazos, manos, piernas o pies: Sí/No

b. Dolor de espalda: Sí/No

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

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

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

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

g. Dificultad en doblar las rodillas: Sí/No

h. Dificultad en acuclillarse: Sí/No

i. Subir un tramo de escalera o escala cargando más de 25 libras: Sí/No

j. Cualquier otro problema músculoesquelético: Sí/No

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
SHTG 05034 SH8 - Protección Respiratoria

Parte B Cualquiera de las siguientes preguntas y otras preguntas no listadas pueden ser añadidas a este cuestionario a discreción del profesional del cuidado de la salud que vaya a revisar el cuestionario.

1. En su trabajo actual, está trabajando a grandes altitudes (sobre 5,000 pies), o en un lugar que sea más bajo que la cantidad normal de oxígeno?: Sí/No

Si contesto "sí", tiene sensación de mareos, cortedad de respiración, golpeteo en el pecho u otros síntomas cuando está trabajando bajo estas condiciones: Sí/No

2. En el trabajo o en el hogar, alguna vez ha estado expuesto a solventes peligrosos, químicos aerosuspendidos peligrosos (e.g., gases, emanaciones o polvos), o ha entrado en contacto con los químicos peligrosos: Sí/No

Si contesto "sí", nombre los productos químicos si los conoce:

3. Alguna vez ha trabajado con los materiales o condiciones listados a continuación:

a. Asbesto: Sí/No

b. Sílice: (i.e., chorro abrasivo con arena): Sí/No

c. Tungsteno/cobalto (e.g., moliendo este 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. Polvo ambiental: Sí/No

j. Cualesquiera otras exposiciones peligrosas: Sí/No

Si contesto "sí", describa estas exposiciones: _____

4. Liste cualquier trabajo o negocio secundarios que tenga:

5. Liste sus ocupaciones previas: _____

6. Liste sus pasatiempos actuales y anteriores:

7. Ha estado en el servicio militar? Si / No

8. Alguna vez ha trabajado en un equipo HAZMAT? Sí/ No

9. Además de medicamentos para problemas respiratorios y pulmonares, problemas cardíacos, presión sanguínea y ataques mencionados anteriormente en este cuestionario, está tomando algún otro medicamento por cualquier razón (incluyendo no recetado): Sí/ No

Si contesto "sí", nombre los medicamentos, si los conoce:

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
SHTG 05034 SH8 - Protección Respiratoria

10. Usará alguno de los siguientes artículos en sus respiradores?

- a. Filtros HEPA: Sí/No
- b. Canastos (por ejemplo, máscaras para gases): Sí/No
- c. Cartuchos: Sí/No

11. Con cuánta frecuencia se espera que use los respiradores? (marque sí o no para todas las contestaciones que le apliquen)

- a. Escape solamente (no rescate): Sí/No
- b. Rescate de emergencia solamente: Sí/No
- c. Menos de cinco horas a la semana: Sí/No

- d. Menos de dos horas por día: Sí/No
- e. De dos a cuatro horas por día: Sí/No
- f. Más de cuatro horas por día: Sí/No

12. Durante el período que está usando el respirador, es su esfuerzo de trabajo:

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

Si contesto "sí", cuánto dura este período en promedio?

Por turno: _____ horas: _____ minutos:

Ejemplo de trabajo ligero es estar sentado mientras escribe, mecanografía, bosqueja o realiza trabajo ligero de ensamblaje: O de pie mientras opera una prensa perforadora (1-3 lbs.), o máquinas controladoras.

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

Si contesto "sí" cuánto dura este período en promedio?

Por turno: _____ horas: _____ minutos

Ejemplo de esfuerzo de trabajo moderado es estar sentado clavando y limando, manejar un camión autobús en tránsito urbano, estar de pie al clavar, perforar, realizar trabajo de ensamblaje o transferir una carga moderada (alrededor de 35 lbs), a nivel del tronco; caminar sobre una superficie nivelada alrededor de 2 mph o hacia abajo en un desnivel de 5 grados alrededor de 3 mph; o empujar una carretilla con una carga pesada (alrededor de 100 lbs.) sobre una superficie nivelada.

- c. Pesado (sobre 350 kcal por hora): Sí/No

Si contesto "sí", cuánto dura este período en promedio?

Por turno: _____ horas: _____ minutos:

Ejemplos de trabajo pesado son levantar una carga pesada (alrededor de 50 lbs.), desde el piso a la cintura o al hombro; trabajar en un muelle de carga; palear; de pie, mientras se enladrilla ; o quebrar moldes; caminar en una inclinación de ocho grados alrededor de 2 mph; subir escaleras con una carga pesada (alrededor de 50 lbs.)

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
SHTG 05034 SH8 - Protección Respiratoria

13. Usará ropa/equipo de protección (distinto del respirador), mientras usa su respirador? Sí/No

Si contesto "sí", describa esta ropa y/o equipo protector: _____

14. Trabajaré bajo condiciones de calor (temperaturas que excedan a 771 F)? Sí/No

15. Trabajaré bajo condiciones de humedad? Sí/No

16. Describa el trabajo que vaya a hacer mientras usa el respirador: _____

17. Describa cualesquiera condiciones especiales o peligrosas que pudiera encontrar mientras usa su respirador (por ejemplo, espacios confinados, gases amenazantes a la vida):

18. Provea la siguiente información, si la conoce, para cada sustancia tóxica a la cual vaya a estar expuesto mientras usa el respirador):

Nombre de la primera sustancia tóxica: _____

Nivel de exposición máxima estimada por turno: _____

Duración de la exposición por turno: _____

Nombre de la segunda sustancia tóxica: _____

Nivel de exposición máxima estimada por turno: _____

Duración de la exposición por turno: _____

Nombre de la tercera sustancia tóxica: _____

Nivel de exposición máxima estimada por turno: _____

Duración de la exposición por turno: _____

El nombre de cualquier otra sustancia a la cual vaya a estar expuesto mientras usa el respirador:

19. Describa cualesquiera responsabilidades especiales que tenga mientras usa su respirador que pudieran afectar la seguridad y el bienestar de otros (por ejemplo, rescate, seguridad):

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
SHTG 05034 SH8 - Protección Respiratoria

Apéndice D 1910.134 (No mandatorio)

Información para los empleados que usen respiradores cuando no esté requerido bajo la norma

Los respiradores son un método efectivo de proteger contra los riesgos designados cuando son apropiadamente seleccionados y usados. Se exhorta al uso de respirador, aun cuando las exposiciones estén bajo el límite de exposición, para proveer un nivel adicional de comodidad y protección para los trabajadores. Sin embargo, si el respirador es usado inapropiadamente o no se mantiene limpio, el respirador mismo puede volverse un riesgo al trabajador. A veces, los trabajadores pueden usar respiradores para evitar las exposiciones a riesgos, aún si la cantidad de la sustancia peligrosa no excede a los límites establecidos por las normas de OSHA. Si su patrono provee respiradores para su uso voluntario o si se provee su propio respirador, necesita tomar ciertas precauciones para asegurarse de que el respirador mismo no presente un riesgo.

Debe hacer lo siguiente:

1. Leer y prestar atención a todas las instrucciones provistas por el fabricante sobre el uso, mantenimiento, limpieza y cuidado y advertencias concernientes a las limitaciones del respirador.
2. Elija respiradores certificados para usarse para proteger contra el contaminante de preocupación: ANIOSH; el National Institute for Occupational Safety and Health of the U.S. Department of Health and Human Services@, certifica respiradores. Debe aparecer una etiqueta de declaración de certificación en el respirador o en el empaque del respirador. Le dirá para qué está diseñado el respirador y cuánto le protegerá.
3. No use su respirador en atmósferas que contengan contaminantes para los cuales su respirador no está diseñado para protegerlo. Por ejemplo, un respirador diseñado filtrar partículas de polvo no le protegerá contra gases, vapores u otras pequeñas partículas sólidas de las emanaciones o humo.
4. Mantenga rastro de su respirador, de modo que no use accidentalmente el respirador de otra persona.