

**T K Group, Inc**

15340 Vantage Pkwy East, Suite 220
Houston, Texas 77032
Office: 713.280.0365 Fax: 713.280.0366

T K Group, Inc

1781 South Bell School Rd
Cherry Valley, IL 61016
Office: 815.332.3460 Fax: 815.332.5204

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN MÉDICA DE RESPIRADOR

COMPANIA:		CODIGO POSTAL:	
PACIENTE:		DOMICILIO:	
NUMERO DE IDENTIFICACION:	FECHA DE NACIMIENTO:	GENERO: H M	

PARA EL EMPLEADOR

Responder a preguntas en la sección 1 y a la pregunta 9 en la sección 2, no requieren un examen médico. Requiere un médico o un profesional de salud licenciado revisar el cuestionario y responder a cualquier pregunta que tenga con respecto a cualquier preguntas en este cuestionario.

PARA EL EMPLEADO

¿Puedes leer? Sí No

Su empleador debe permitirle responder este cuestionario durante las horas normales de trabajo o en un momento y lugar que sea conveniente para ti. Para mantener su confidencialidad, su empleador o supervisor puede no mirar o revisar sus respuestas. Su empleador debe decirle cómo entregar o enviar este cuestionario a los profesionales de salud que revisaremos.

PARA EL MEDICO

Revise la parte A, apartados 1 y 2. Cuando un empleado responde sí a alguna de las preguntas en la sección 2, y el cuestionario no se administra conjuntamente con un examen físico, el empleado debe ser considerado para un seguimiento examen físico con especial énfasis en aquellas preguntas en las que el empleado contestó que sí. Cuando un empleado responde sí a alguna de las preguntas en la sección 2, y se completa este cuestionario junto con un examen físico, el médico pondrá especial énfasis en aquellas áreas a las que el empleado contestó que sí. En cualquier situación el médico o profesional de salud licenciado completará declaración de la PLCHP escrita tanto al empleador y el empleado dentro de 2 días.

PARTE A SECCION 1 (Obligatorio)

Cada empleado que había sido seleccionado para utilizar cualquier tipo de respirador o máscara debe proporcionar la siguiente información. (Por favor imprima)

1. Altura: _____ pies _____ pulgadas
2. Peso: _____ libras
3. Su ocupación: _____
4. Un número de teléfono donde usted pueda ser localizado por un profesional de salud que revisará este cuestionario:
(_____)
5. El mejor momento para comunicarnos contigo en este número: _____ am _____ pm
6. ¿Tu jefe te ha dicho cómo comunicarse con el profesional de salud que va a revisar este cuestionario? Sí No
7. Que clase de tipo de respirador utilizará: (puede verificar más de una categoría)
 - a. _____ N, R, or P respirador desechable (máscara de filtro, tipo cartucho no solamente)
 - b. _____ Otro tipo (media cara, cara completa, accionado aire purificado, suministra aire, mismo que contiene el aparato de respiración (SCBA))
8. ¿Has usado un respirador o máscara? Sí No En caso afirmativo, qué tipo (s): _____

PARTE A SECCION 2 (Obligatorio)

Cada empleado que ha sido seleccionado para utilizar cualquier tipo de respirador o máscara debe responder preguntas 1 – 9.

1. ¿Actualmente fuma tabaco o ¿fumado en el último mes? Sí No
2. ¿Ha tenido o tiene actualmente cualquiera de las siguientes condiciones?
 - a. Convulsiones Sí No
 - b. Diabetes Sí No
 - c. Reacciones alérgicas que interfieren con la respiración Sí No
 - d. Claustrophobia (miedo a los espacios cerrados en) Sí No
 - e. ¿Dificultad para oler cunado ho cogido un resfriado? Sí No
3. ¿Ha tenido o tiene actualmente cualquiera de los siguientes problemas pulmonares?
 - a. Asbestosis Sí No
 - b. Asma Sí No
 - c. Bronquitis crónico Sí No
 - d. Enfisema Sí No
 - e. Pulmonía Sí No
 - f. Tuberculosis Sí No
 - g. Silicosis Sí No
 - h. Neumotorax (pulmon colapsado) Sí No
 - i. Cancer em los pulmones Sí No
 - j. Costillas rotas Sí No
 - k. Cualquier pecho lesiones o cirugías Sí No
 - l. Cualquier otro problema pulmonar que le han dicho acerca de Sí No
4. ¿Actualmente tiene cualquiera de los siguientes problemas respiratorios?
 - a. Falta de aliento Sí No
 - b. Dificultad para respirar al caminar sobre nivel de terreno o leve inclinación Sí No
 - c. Dificultad para respirar al caminar con otras personas a un ritmo normal al nivel del suelo Sí No
 - d. Tiene que parar para respirar cuando camino a su propio ritmo al nivel del suelo Sí No
 - e. Dificultad para respirar cuando bañarse o vestirse a sí mismo Sí No
 - f. Dificultad para respirar que interfiere con su trabajo Sí No
 - g. Tos que produce flema (flema gruesa) Sí No
 - h. Tos que te despierta en las mañanas Sí No
 - i. Tos que produce sobre todo cuando usted se está acostando Sí No
 - j. Expectoración con sangre en el último mes Sí No
 - k. Respiracion dificultosa y con ruido Sí No
 - l. Sibilancias que interfiere con su trabajo Sí No
 - m. Dolor en el pecho cuando respira profundamente Sí No

- n. Cualquier otro síntoma que cree que puede estar relacionado con problemas pulmonares Sí No
5. **¿Has tenido alguno de los siguientes problemas de corazón?**
- a. Ataque al corazón Sí No
- b. Ataque de cerebro Sí No
- c. Angina de pecho Sí No
- d. Insuficiencia cardíaca Sí No
- e. Hinchazón en las piernas o los pies Sí No
- f. Arritmia Sí No
- g. Presión arterial alta Sí No
- h. Otros problemas cardíacos que fueron diagnosticados Sí No
6. **¿Has tenido alguno de los siguientes síntomas de corazón?**
- a. Frecuente dolor 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 tu corazón saltando o perder el ritmo Sí No
- e. Acidez gástrica o indigestión que no esté relacionada a comer Sí No
- f. Cualquier otro síntoma que cree que podría estar relacionado con problemas cardíacos o de circulación Sí No
7. **¿Toma algún medicamento para cualquiera de los siguientes problemas actualmente?**
- a. Problemas respiratorios o pulmonares Sí No
- b. Problemas de corazón Sí No
- c. Presion arterial Sí No
- d. Convulsiones Sí No
8. **Si ha utilizado un respirador o máscara, ¿alguna vez ha tenido cualquiera de los siguientes problemas? Si usted nunca ha utilizado un respirador o máscara, marque a se desconoce.**
- a. Irritacion en el ojos Sí No Desconicido
- b. Alergias en la piel o las erupciones Sí No Desconicido
- c. Ansiedad que ocurre solamente cuando usa el repirador Sí No Desconicido
- d. Debilidad o fatiga general Sí No Desconicido
- e. Otros problemas que interfieren con el uso de un respirador Sí No Desconicido
9. **¿Quieres hablar con el profesional de salud que revisará este cuestionario?** Sí No

PARTE A SECCION 2.1

FULL FACE/SCBA (Obligatorio)

10 A 15 preguntas deben ser contestadas por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier respirador de cara completa / máscara o un auto continuó aparato respiratorio (SCBA).

10. **¿Tienes visión pierde en ambos ojos (temporal o permanente)?** Sí No
11. **¿Actualmente tiene cualquiera de los siguientes problemas de visión o corrección de la visión?**
- a. Usar lentes de contacto? Sí No
- b. Llevar gafas? Sí No
- c. Daltonico Sí No
- d. Cualquier otro problema ocular o visión Sí No
12. **¿Ha tenido alguna lesión a sus oídos, incluyendo un tímpano perforado?** Sí No
13. **¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas de audición?**
- a. Dificultad para oír Sí No
- b. Usar un audífono Sí No
- c. Otros problemas auditivos o del oído Sí No
14. **¿Has tenido una lesión de espalda?** Sí No
15. **¿Tiene 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 sus brazos y piernas Sí No

- | | | |
|----|--|---|
| d. | Dolor o rigidez cuando usted se inclina hacia adelante o hacia atrás en la cintura | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| e. | Dificultad para mover completamente la cabeza hacia arriba o hacia abajo | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| f. | ¿Dificultad para mover completamente la cabeza de un lado a otro? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| g. | Dificultad de flexión en las rodillas | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| h. | Dificultad en cuclillas en el suelo | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| i. | Subir un tramo de escalera o una escalera que lleva más de 25 libras | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| j. | Cualquier otro músculo o problema esquelético que interfiere con el uso de un respirador | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Medico para completar
Compruebe que se aplica

- ┌ He revisado parte A Sección 2 y sección 2.1 de este cuestionario con el empleado y no te recomiendo que en este momento se realiza un examen físico.
- ┌ He revisado parte A Sección 2 y sección 2.1 de este cuestionario con el empleado y recomiendo que en este momento se realiza un examen físico.
- ┌ He revisado parte A Sección 2 y sección 2.1 de este cuestionario sin el empleado y no te recomiendo que en este momento se realiza un examen físico.
- ┌ He revisado parte A Sección 2 y sección 2.1 de este cuestionario sin el empleado y recomiendo que en este momento se realiza un examen físico.

Firma del medico

Firma del empleado

Fecha