

**T K Group, Inc**

15340 Vantage Pkwy East, Suite 220  
Houston, Texas 77032  
Office: 713.280.0365 Fax: 815.860.1760

**T K Group, Inc**

1781 South Bell School Rd  
Cherry Valley, IL 61016  
Office: 815.332.3460 Fax: 815.860.1760

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN MÉDICA DE RESPIRADOR

<b>COMPANIA:</b>		<b>CODIGO POSTAL:</b>	
<b>PACIENTE:</b>		<b>DOMICILIO:</b>	
<b>NUMERO DE IDENTIFICACION:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>GENERO:    H    M</b>	

**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