

**Apéndice C de la sección 1910.134:  
Cuestionario OSHA de evaluación para  
respiradores médicos (Se requiere  
completar)**



**Al empleador:** Las respuestas a las preguntas de la Sección 1 y a la pregunta 9 de la Sección 2 de la Parte A no requieren un examen médico, pero un profesional de la salud con licencia debe revisarlas.

ES REQUISITO COMPLETAR EL FORMULARIO PARA OBTENER LA AUTORIZACIÓN:

Marque el tipo de respirador que utilizará su empleado (puede marcar más de una categoría):

- a. \_\_\_\_ Un respirador desechable N, R o P (mascarilla con filtro, solo unidades sin cartucho).
- b. \_\_\_\_ Otro tipo: Circule una opción (respirador tipo mascarilla completa o parcial, con purificador de aire motorizado, con suministro de aire, equipo de respiración que funciona solo).

En su caso, ¿bajo qué norma OSHA se encuentra su puesto de trabajo? (Asbestos, polvo del algodón, silicio, etc.) \_\_\_\_\_

**Al empleado:** Su empleador debe permitirle responder a este cuestionario durante las horas normales de trabajo, o en un momento y lugar que le resulten convenientes. Para mantener su confidencialidad, su empleador o supervisor no debe mirar ni revisar sus respuestas, y su empleador debe indicarle cómo entregar o enviar este cuestionario al profesional de la salud que lo revisará.

**Parte A. Sección 1. (Se requiere completar)**

Los empleados que tengan que utilizar cualquier tipo de mascarilla de respiración deberán completar la siguiente información (por favor, escriba con letra de molde).

- 1. ¿Sabe leer?  Sí  No
- 2. Fecha de hoy: \_\_\_\_\_
- 3. Su nombre: \_\_\_\_\_
- 4. Su edad (al año más próximo): \_\_\_\_\_
- 5. Sexo: \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer
- 6. Su estatura: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas
- 7. Su peso: \_\_\_\_\_ libras
- 8. Su puesto de trabajo: \_\_\_\_\_
- 9. Un número de teléfono donde pueda localizarle el profesional de la salud que revise este cuestionario (incluya el código de área): \_\_\_\_\_
- 10. La mejor hora del día para llamarle a este número: \_\_\_\_\_

11. ¿Le ha dicho su empleador cómo comunicarse con el profesional de la salud que revisará este cuestionario?

Sí  No

12. ES REQUISITO COMPLETAR EL FORMULARIO PARA OBTENER LA AUTORIZACIÓN NECESARIA:

Marque el tipo de respirador que utilizará (puede marcar más de una categoría):

- a. \_\_\_\_ Un respirador desechable N, R o P (mascarilla con filtro, solo unidades sin cartucho).  
b. \_\_\_\_ Otro tipo: Circule una opción (respirador tipo mascarilla completa o parcial, con purificador de aire motorizado, con suministro de aire, equipo de respiración que funciona solo).

En su caso, ¿bajo qué norma OSHA se encuentra su puesto de trabajo? (por ejemplo: asbestos, polvo del algodón, silicio, etc.) \_\_\_\_\_

13. ¿Ha utilizado un respirador:  Sí  No

Si responde sí, de qué tipo(s): \_\_\_\_\_

**Parte A. Sección 2. (Se requiere completar esta sección)**

Los empleados que tengan que utilizar cualquier tipo de respirador deberán contestar las preguntas 1 hasta la 9 (marque sí o no).

	Sí	No
1. ¿Fuma tabaco actualmente o ha fumado tabaco en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?		
a. Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Diabetes (enfermedad del azúcar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Reacciones alérgicas que afectan su respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Claustrofobia (miedo a los lugares cerrados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Problemas para distinguir los olores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas pulmonares?		
a. Asbestosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pulmonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Silicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Neumotórax (colapso pulmonar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Fractura de costillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Cualquier lesión o cirugía del tórax (pecho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Cualquier otro problema de los pulmones del que le hayan notificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar?		
a. Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dificultad para respirar al caminar rápido sobre terreno llano o al subir una ligera colina o pendiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient name \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

	Sí	No
c. Dificultad para respirar al caminar con otras personas a paso normal por terreno llano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tiene que detenerse para respirar cuando camina a su propio ritmo por terreno llano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dificultad para respirar al bañarse o vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dificultad para respirar que afecta su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tos con flema (esputo espeso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tos que le despierta temprano por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tos cuando se acuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Tos con sangre en el último mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Respiración sibilante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Respiración sibilante que afecta su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Dolor en el pecho al respirar profundamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Cualquier otro síntoma que crea que puede estar relacionado con problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas del corazón o los vasos sanguíneos?		
a. Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hinchazón en las piernas o los pies (no causada por caminar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Arritmia cardíaca (el corazón late de forma irregular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hipertensión arterial (presión alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Cualquier otro problema del corazón del que le hayan notificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido alguna vez alguno de los siguientes síntomas del corazón o los vasos sanguíneos?		
a. Dolor o presión frecuente en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor o presión en el pecho cuando hace ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor o presión en el pecho que afecta su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. En los últimos dos años, ¿ha notado que su corazón salta o pierde el ritmo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Acidez o indigestión que no está relacionada con lo que come	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cualquier otro síntoma que crea que puede estar relacionado con problemas del corazón o circulatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Toma medicamentos para alguno de los siguientes problemas?		
a. Problemas respiratorios o pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si ha utilizado un respirador, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas? (Si nunca ha utilizado un respirador, marque esta casilla <input type="checkbox"/> y pase a la pregunta 9).		
a. Irritación de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Alergias de la piel o sarpullidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Debilidad general o cansancio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cualquier otro problema que afecte el uso del respirador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Desea hablar con el profesional de la salud que revisará sus respuestas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient name \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

**Si usa un respirador con una mascarilla completa o un equipo de respiración que funciona solo (SCBA, por sus siglas en inglés), conteste las preguntas desde la 10 hasta la 15.**

Las respuestas a estas preguntas son voluntarias para los empleados que utilicen otros tipos de respiradores.

	Sí	No
10. ¿Ha perdido la visión en alguno de sus ojos (temporal o permanentemente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de visión?		
a. Usa lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Usa lentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. No distingue colores (daltonismo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cualquier otro problema ocular o de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha sufrido alguna vez una lesión en los oídos, incluido el tímpano perforado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas auditivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Dificultad para oír	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Usa audífonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cualquier otro problema auditivo o del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha tenido alguna vez una lesión de espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de músculos o huesos?		
a. Debilidad en alguno de sus brazos, manos, piernas o pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dificultades para mover plenamente sus brazos y sus piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dolor o rigidez cuando se inclina al frente o atrás desde la cintura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dificultades en mover plenamente su cabeza hacia arriba o abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dificultades en mover plenamente su cabeza de lado a lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dificultades en flexionar las rodillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Dificultades en agacharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Subir de un piso a otro o escaleras cuando carga más de 25 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Cualquier otro problema de músculos o huesos que afecten el uso de un respirador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Parte B**

1. En su trabajo actual, ¿trabaja en lugares elevados (más de 5,000 pies) donde la cantidad de oxígeno es más baja de lo normal?  Sí  No
- Si responde sí, ¿tiene sensación de mareo, falta de aliento, palpitaciones en el pecho u otros síntomas cuando trabaja en estas condiciones?  Sí  No

2. En el trabajo o en su casa, ¿ha tenido alguna vez contacto con la piel o por aire, con productos químicos peligrosos (disolventes, gases, vapores o polvo)?  Sí  No

Si responde sí, nombre las sustancias químicas si las conoce: \_\_\_\_\_

Sí

No

3. ¿Ha trabajado alguna vez con alguno de los materiales indicados a continuación, o bajo alguna de estas condiciones:

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Asbestos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Silicio (en limpieza a chorro de arena)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tungsteno/cobalto (moler o soldar dicho material) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Berilio   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Aluminio  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Carbón (minería)                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Hierro  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Estaño  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Ambientes con polvo                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Cualquier otra situación peligrosa                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si respondió "sí", describa estas situaciones: \_\_\_\_\_

4. Anote el segundo empleo o negocio que tenga: \_\_\_\_\_

5. Anote sus ocupaciones anteriores: \_\_\_\_\_

6. Anote sus pasatiempos actuales y anteriores: \_\_\_\_\_

7. ¿Ha estado en el servicio militar?  Sí  No  
 Si responde sí, ¿estuvo expuesto a agentes biológicos o químicos (en entrenamiento o combate)?  Sí  No

8. ¿Ha trabajado alguna vez en un equipo HAZMAT?  Sí  No

9. Aparte de los medicamentos ya enumerados anteriormente, ¿está tomando algún otro medicamento por cualquier motivo (incluidos los medicamentos sin receta)?  Sí  No  
 Si responde sí, indique estos medicamentos: \_\_\_\_\_

10. ¿Usará alguno de los siguientes artículos con el respirador?  
 a. Filtros HEPA  Sí  No  
 b. Contenedor (por ejemplo, máscara de gas)  Sí  No  
 c. Cartuchos  Sí  No

11. ¿Con qué frecuencia se espera que use el respirador o respiradores?  
 a. Evacuación únicamente (sin rescate)  Sí  No  
 b. Rescate de emergencia únicamente  Sí  No  
 c. Menos de 5 horas a la semana  Sí  No  
 d. Menos de 2 horas al día  Sí  No  
 e. De 2 a 4 horas al día  Sí  No  
 f. Más de 4 horas al día  Sí  No

12. Durante el periodo que está utilizando el respirador, es su esfuerzo laboral:  Sí  No

**a. Leve** (menos de 200 kcal por hora)

Si responde 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.*

Patient name \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

Sí No

**b. Moderado** (200 a 350 kcal por hora)

Si responde sí, ¿cuánto tiempo dura este periodo de tiempo por 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.*

**c. Pesado** (más de 350 kcal por hora)

Si responde sí, ¿cuánto tiempo dura este periodo de tiempo por 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. ¿Va a llevar ropa o equipo de protección adicional cuando use el respirador?

Si responde sí, describa esta ropa o equipo de protección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. ¿Trabjará en condiciones de calor (temperatura superior a 77 F)? °

15. ¿Trabjará en condiciones de humedad?

16. Describa el trabajo que realizará mientras utiliza su(s) respirador(es):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Describa cualquier condición especial o peligrosa que pueda encontrar cuando utilice el respirador(es).  
Por ejemplo, espacios confinados, gases potencialmente mortales, etc.:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Informe sobre cada producto tóxico con el que tendrá contacto mientras usa el equipo de respiración:

Nombre de los productos: \_\_\_\_\_

Contacto máximo estimado/turno: \_\_\_\_\_

19. Describa cualquier responsabilidad especial que tendrá mientras usa los respiradores y que pueda afectar la seguridad y el bienestar de otros (por ejemplo, rescate, seguridad):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Declaración de certificación:**

Solo para empleados:

Por favor, firme a continuación certificando que ha entendido las preguntas y la información que se le pide en este cuestionario y que sus respuestas son completas, a su mejor entender:

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Licensed Medical Provider ONLY:

I have reviewed the above questionnaire in its entirety and provided feedback to the patient.

\_\_\_\_\_  
Provider's printed name

\_\_\_\_\_  
Provider's signature

\_\_\_\_\_  
Date

Patient name

Date of birth