



# OSHA Respiratory Questionnaire

Cuestionario de Evaluación Medico obligado por la OSHA

### EMPLOYER INFORMATION

Employer Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_  
Employer Address: \_\_\_\_\_  
Authorized Contact: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

### EMPLOYEE INFORMATION

Employee Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_  
Employee Birthdate: \_\_\_\_\_ Employee SSN#: \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY

#### Examination Requested:

- Respirator Medical Questionnaire
- Respirator Use Physical Exam

#### Examination Findings:

- He/She must call and schedule an appointment for a physical before a decision can be made.
- He/She is MEDICALLY APPROVED to use a respirator.
- He/She is NOT medically approved to use a respirator.

\_\_\_\_\_  
Physicians Signature

\_\_\_\_\_  
Date

#### Options for completing and submitting questionnaires:

- 1) Online via our website ([www.primaryhealth.com](http://www.primaryhealth.com))
- 2) Via fax to health care provider (208-344-7152)
- 3) Via email to health care provider ([occmmed@primaryhealth.com](mailto:occmmed@primaryhealth.com))
- 4) Via postal mail OR hand delivered in a sealed envelope to:  
Primary Health Medical Group  
Occupational Health Department  
Attn: OSHA Respiratory Review  
6052 W State St  
Boise, ID 83703

# Occupational Health Registration Form



Información del paciente			
Apellido:	Nombre:	Inicial de segundo nombre:	Nombre anterior (si corresponde)
Dirección postal:			
Ciudad/estado/código postal:			
Teléfono particular:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo c/ext:	
Fecha de nacimiento:	Sexo: Masculino Femenino	Médico familiar:	
Estado civil:		Nº de la Seguridad Social:	

Información del empleador y razón por la visita:		
Nombre del empleador:	Dirección del empleador:	Ciudad/estado/código postal:
Teléfono del empleador:		Fax del empleador:
<input type="checkbox"/> Accidente del trabajo	Fecha de la lesión: _____	¿Cómo ocurrió la lesión?
<input type="checkbox"/> Otro (explicar)		
<input type="checkbox"/> Prueba de drogas	Tipo <input type="checkbox"/> Non-DOT <input type="checkbox"/> DOT <input type="checkbox"/> Observado	
<input type="checkbox"/> Alcohol en aliento	Si es del DOT <input type="checkbox"/> FMCSA <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> FAA <input type="checkbox"/> FRA <input type="checkbox"/> USCG <input type="checkbox"/> PHMSA <input type="checkbox"/> HHS	
Motivo de la prueba	<input type="checkbox"/> Posterior a accidente <input type="checkbox"/> Pre-ocupacion <input type="checkbox"/> Al azar <input type="checkbox"/> Sospecha razonable <input type="checkbox"/> Regreso a la actividad/seguimiento	

Información adicional:			
Contacto de emergencia:		Teléfono:	Relación con el paciente:
Raza (marque una):	<input type="checkbox"/> Amerindio or Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano		
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Isleño de Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar		
Etnia (marque una):	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar		
Idioma de preferencia (marque una):	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Bosnio <input type="checkbox"/> Negarse a contestar	¿Podemos dejar un mensaje sobre tus médico	
<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Indio (incluidos Hindú y Tamil) <input type="checkbox"/> Otra	cuidado y prueba los resultados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Dirección de correo electrónico:	Farmacia preferida/localización:
<p>He leído y estoy de acuerdo con la política de pago de Primary Health Medical Group (PHMG). Entiendo que el pago es mi responsabilidad, sin importar la cobertura del seguro. Por este medio asigno a PHMG todo el dinero al que tenga derecho por concepto de gastos médicos relacionados con los servicios otorgados en un momento dado por PHMG, pero sin exceder mi deuda con ellos. Comprendo que, de no pagar el saldo pendiente en un plazo de 90 días a partir de la notificación de la cantidad adeudada, el asunto se turnará a un servicio de cobro externo. BENEFICIARIOS DE MEDICARE: Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se haga efectivo a PHMG. Autorizo a cualquiera que posea información médica acerca de mi persona, a revelar a HCFA y sus agentes toda información necesaria para determinar tales beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionado. Esta oficina ha decidido participar en el Intercambio de Datos de Salud de Idaho (Idaho Health Data Exchange, IHDE). Si usted no desea compartir su información médica con otros proveedores de servicios médicos puede contactar IHDE a (208)332-7253 o www.idahohde.org. <b>No obstante, PHMG reserva el derecho de divulgar cualquier información al empleador sin la autorización del paciente en la medida requerida o permitida por ley aplicable, incluyendo pero no limitado a revelaciones para compensación del trabajador, fines de pago, u otros propósitos identificados en nuestra Aviso Sobre Privacidad</b></p>	
He revisado una copia del Aviso de confidencialidad de Primary Health Medical Group <input type="checkbox"/> (Iniciales)	
Firma del paciente/tutor legal: _____	Fecha: _____
Nombre del paciente/tutor legal en letras de imprenta: _____	

**Sólo para uso de la oficina** Check-In Time: \_\_\_\_\_

WORKERS' COMPENSATION			
W/C Surety: _____	Surety Phone: _____	Surety Fax: _____	
Company Contact Name: _____	Title: _____	Phone Number: _____	
Date/Time Contacted: _____	By: _____	Secure Fax Number: _____	
Employer Screen Available for WC?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If No, send copy to OH)	Notes: _____	

DRUG AND ALCOHOL SCREENING - TRACKING INFORMATION			
<input type="checkbox"/> Billed in eCW	<input type="checkbox"/> COC/ATF Faxed/Mailed to MRO/Employer		
Staff: _____	Courier: _____	Tracking Number: _____	<input type="checkbox"/> Pick-up Scheduled

OTHER SPECIAL SERVICES AUTHORIZED BY OH				
<input type="checkbox"/> Billed in eCW	<input type="checkbox"/> Employer notified of results per employer screen	Code	Service	Price
Staff: _____	_____	_____	_____	\$ _____
Notes: _____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____

# **Cuestionario de Evaluación Médico obligado por la OSHA**

**To employer:** Answers to questions in Section 1, and to question 9 in Section 2 of Part A, do not require medical examination.

**Para el empleado:** Puede usted leer (por favor elige uno):  Si  No

Su patrón debe dejarlo responder estas preguntas durante horas de trabajo o en un tiempo y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener este cuestionario confidencial, su patrón o supervisor no debe ver o revisar sus respuestas. Su patrón debe informarle a quien dar o enviar este cuestionario para ser revisado por un profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado.

**Parte A Sección 1. (Mandatorio). La siguiente información debe de ser proveída por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (escriba claro por favor).**

1. Fecha: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_

3. Edad: \_\_\_\_\_

4. Su sexo (por favor elige uno):  Masculino  Femenino

5. Altura: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas

6. Peso: \_\_\_\_\_ libras

7. Su ocupación, título o tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

8. Numero de teléfono al donde pueda ser llamado por un profesional de sanidad con licencia que revisara este cuestionario (incluya el área): \_\_\_\_\_

9. Indique la hora más conveniente para llamarle a este número: \_\_\_\_\_

10. Le ha informado su patrón como comunicarse con el profesional de sanidad con licencia que va a revisar este cuestionario (por favor elige uno):  Si  No

11. Anote el tipo de equipo protector respiratorio que va utilizar (puede anotar más de una categoría):

Respirado disponible de clase N, R, o P (por ejemplo: respirador de filtro mecánico, respirador sin cartucho).

Otros tipos (respirador con cartucho químico, mascara con cartucho químico, mascara con manguera con soplador (PAPR), mascara con manguera sin soplador (SAR), aparato respiratorio autónomos (SCBA)).

12. Ha usado algún tipo de respirador (por favor elige uno):  Si  No

Si ha usado equipo protector respiratorio, que tipo(s) ha utilizado: \_\_\_\_\_

---

**Parte A Sección 2. (Mandatorio) Preguntas del 1 al 9 deben ser contestadas por cada empleado que fue seleccionado a usar cualquier tipo de respirador. Por favor marque si o no.**

1. Corrientemente fuma tabaco, o ha fumado tabaco durante el último mes:  Si  No
2. Ha tenido algunas de las siguientes condiciones médicas?
- a. Convulsiones:  Si  No
  - b. Diabetes (azúcar en la sangre):  Si  No
  - c. Reacciones alérgicas que no lo deja respirar:  Si  No
  - d. Claustrofobia (miedo de estar en espacios cerrados):  Si  No
  - e. Dificultad oliendo excepto cuando ha cogido un resfriado:  Si  No
3. Ha tenido algunas de los siguientes problemas pulmonares?
- a. Asbestosis:  Si  No
  - b. Asma:  Si  No
  - c. Bronquitis crónica:  Si  No
  - d. Emfisema:  Si  No
  - e. Pulmonía:  Si  No
  - f. Tuberculosis:  Si  No
  - g. Silicosis:  Si  No
  - h. Neumotórax (pulmón colapsado):  Si  No
  - i. Cáncer en los pulmones:  Si  No
  - j. Costillas quebradas:  Si  No
  - k. Injuría o cirugía en el pecho:  Si  No
  - l. Algún otro problema de los pulmones que le ha dicho su médico:  Si  No
4. Corrientemente tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?
- a. Respiración dificultosa:  Si  No
  - b. Respiración dificultosa cuando camina rápido sobre terreno plano o subiendo una colina:  Si  No
  - c. Respiración dificultosa cuando camina normalmente con otras personas sobre terreno plano:  Si  No
  - d. Cuando camina normalmente en terreno plano se encuentra corto de resuello:  Si  No
  - e. Respiración dificultosa cuando se está bañando o vistiendo:  Si  No
  - f. Respiración dificultosa que lo impede trabajar:  Si  No
  - g. Tos con flema:  Si  No
  - h. Tos que lo despierta temprano en la mañana:  Si  No
  - i. Tos que ocurre cuando esta acostado:  Si  No

- j. Ha tosido sangre en el último mes:  Si  No
- k. Silbar o respirar con mucha dificultad:  Si  No
- l. Silbar que lo impede trabajar:  Si  No
- m. Dolor del pecho cuando respira profundamente:  Si  No
- n. Otros síntomas que crea usted estar relacionados a los pulmones:  Si  No

5. Ha tenido algunos de los siguientes problemas con el corazón?

- a. Ataque cardiaco:  Si  No
- b. Ataque cerebrovascular:  Si  No
- c. Dolor en el pecho:  Si  No
- d. Falla de Corazon:  Si  No
- e. Hinchazón en las piernas o pies (que no sea por caminar):  Si  No
- f. Latidos irregulares del corazón:  Si  No
- g. Alta presión:  Si  No
- h. Algún otro problema cardio-vascular o cardiaco:  Si  No

6. Ha tenido algunos de los siguientes síntomas causados por su corazón?

- a. Dolor de pecho frecuente o pecho apretado:  Si  No
- b. Dolor o pecho apretado durante actividad física:  Si  No
- c. Dolor o pecho apretado que no lo deja trabajar normalmente:  Si  No
- d. En los últimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente:  Si  No
- e. Dolor en el pecho o indigestión que no es relacionado a la comida:  Si  No
- f. Algunos otros síntomas que usted piensa ser causado por problemas de su corazón o de su circulación:  Si  No

7. Está tomando medicina por alguno de los siguientes problemas?

- a. Respiración dificultosa:  Si  No
- b. Problemas del Corazón:  Si  No
- c. Alta presión:  Si  No
- d. Convulsiones:  Si  No

8. Le ha causado alguno de los siguientes problemas usando el respirador? (si no ha usado un respirador, deje esta pregunta en blanco \_\_\_ y continúe con pregunta 9).

- a. Irritación de los ojos:  Si  No
- b. Alergias del cutis o sarpullido:  Si  No
- c. Ansiedad que ocurre solamente cuando usa el respirado:  Si  No
- d. Debilidad, falta de vigor o fatiga desacostumbrada:  Si  No
- e. Algún otro problema que le impida utilizar su respirador:  Si  No

9. Le gustaría hablar con el profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado que revisara este cuestionario sobre sus respuestas?  Si  No

**Las preguntas del 10 al 15 deben ser contestadas por los empleados seleccionados para usar una máscara con cartucho químico o aparato respiratorio autónomo (SCBA). Los empleados que usan otro tipo de respirador no tienen que contestar estas preguntas.**

10. Ha perdido la vista en cualquiera de sus ojos (temporalmente o permanente ):  Si  No

11. Corrientemente tiene algunos de los siguientes problemas con su vista?

- a. Usa lentes de contacto:  Si  No
- b. Usa lentes:  Si  No
- c. Daltoniano (dificultad distinguiendo colores):  Si  No
- d. Tiene algún (problema con sus ojos o su vista):  Si  No

12. Ha tenido daño en sus oídos incluyendo rotura del tímpano?  Si  No

13. Corrientemente tiene uno de las siguientes problemas para oír?

- a. Dificultad oyendo:  Si  No
- b. Usa un aparato para oír:  Si  No
- c. Tiene algún otro problema con sus oídos o dificultad escuchando:  Si  No

14. Se ha dañado o lastimado su espalda?  Si  No

15. Tiene uno de los siguientes problemas de su aparato muscular o esqueleto?

- a. Debilidad en sus brazos, manos, piernas o pies:  Si  No
- b. Dolor de espalda:  Si  No
- c. Dificultad para mover sus brazos y piernas completamente:  Si  No
- d. Dolor o engarrotamiento cuando se inclina para adelante o para atrás:  Si  No
- e. Dificultad para mover su cabeza para arriba o para abajo completamente:  Si  No
- f. Dificultad para mover su cabeza de lado a lado:  Si  No
- g. Dificultad para agacharse doblando sus rodillas:  Si  No
- h. Dificultad para agacharse hasta tocar el piso:  Si  No
- i. Dificultad subiendo escaleras cargando más de 25 libras:  Si  No
- j. Alguno problema muscular o con sus huesos que le evite usar un respirador:  Si  No

---

**Parte B. Las siguientes preguntas pueden ser agregadas al cuestionario a discreción del profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado.**

1. Está trabajando en las alturas arriba de 5,000 pies o en sitios que tienen menos oxígeno de lo normal:  Si  No

Si la respuesta es ASf@, se ha sentido mareado, o ha tenido dificultad respirando, palpitaciones, o cualquier otro síntoma que usted no tiene cuando no está trabajando bajo estas condiciones:  Si  No

2. En el trabajo o en su casa, ha estado expuesto a solventes o contaminantes peligrosos en el aire (por ejemplo, humos, neblina o polvos) o ha tenido contacto del cutis con químicas peligrosas:  Si  No

Escriba las químicas y productos con las que ha estado expuesto, si sabe cuáles son: \_\_\_\_\_

---

3. Ha trabajado con los siguientes materiales o las condiciones anotadas abajo:
- a. Asbestos:  Si  No
  - b. Sílice (Limpiar mediante un chorro de arena):  Si  No
  - c. Tungsteno/Cobalto (pulverizar o soldadura):  Si  No
  - d. Berilio:  Si  No
  - e. Aluminio:  Si  No
  - f. Carbón de piedra (minando):  Si  No
  - g. Hierro:  Si  No
  - h. Estaño:  Si  No
  - i. Ambiente polvoriento:  Si  No
  - j. Otra exposición peligrosa:  Si  No

Describa las exposiciones peligrosas: \_\_\_\_\_

---

4. Tiene usted otro trabajo o un negocio aparte de este: \_\_\_\_\_
- 

5. Apunte su previos trabajos: \_\_\_\_\_
- 

6. Apunte sus pasatiempos: \_\_\_\_\_
- 

7. Tiene servicio militar:  Si  No

Si la respuesta es ASf@, ha estado expuesto a agentes químicos o biológicos durante entrenamiento o combate:  Si  No

8. Alguna vez ha trabajado en un equipo de HAZMAT (equipo respondedor a incidentes de materiales peligrosos con emergencia):  Si  No

9. Está tomando alguna medicina que no haya mencionado en este cuestionario (incluyendo remedios caseros o medicinas que compra sin receta:  Si  No

Si la respuesta es ASi@, cuales son: \_\_\_\_\_

---

10. Va a usar algunas de las siguientes partes con su respirador?

- a. Filtros HEPA (filtro de alta eficiencia que remueve partículas toxicas en la atmosfera):  Si  No
- b. Canastillo (por ejemplo, mascara para gas):  Si  No
- c. Cartuchos:  Si  No

11. Cuantas veces espera usar un respirador?

- a. Para salir de peligro solamente (no rescates):  Si  No
- b. Recates de emergencia solamente:  Si  No
- c. Menos de 5 horas **por semana:**  Si  No
- d. Menos de 2 horas **por día:**  Si  No
- e. 2 a 4 horas por día:  Si  No
- f. Más de 4 horas por día:  Si  No

12. Durante el tiempo de usar el respirador, su trabajo es:

- a. **Ligero** (menos de 200 kcal por hora):  Si  No

Si la respuesta es Asi@, cuanto tiempo dura la obra: \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

*Ejemplos de trabajos ligeros: estar sentado escribiendo, escribiendo a máquina, diseñando, trabajando la línea de montaje, o estar parado gobernando un taladro o maquinas.*

- b. **Moderado** (200-350 kcal por hora):  Si  No

Si la respuesta es Asi@, cuanto tiempo dura la obra: \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

*Ejemplos de trabajos moderados: sentado clavando o archivando; manejando un camión o autobús en tráfico pesado; estar de pie taladrando, clavando, trabajando la línea de montaje, o transfiriendo una carga (de 35 libras) a la altura de la cintura; caminando sobre tierra plana a 2 millas por hora o bajando a 3 millas por hora; empujando una carretilla con una carga pesada (de 1 00 libras) sobre terreno plano.*

- c. **Pesado** (más de 350 kcal por hora):  Si  No

Si la respuesta es Asi@, cuanto tiempo dura la obra: \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

*Ejemplos de trabajos pesados: levantando cargas pesadas (más de 50 libras) desde el piso hasta la altura de la cintura o los hombros; trabajando cargando o descargando; traspalear; estar de pie trabajando de albañil o de menuzando moldes; subiendo a 2 millas por hora; subiendo la escalera con una carga pesada (más de 50 libras).*

13. Va a estar usando ropa o equipo protectivo cuando use el respirador?:  Si  No

Si la respuesta es Asi@ describa que va a estar usando: \_\_\_\_\_

14. Va a estar trabajando en condiciones calurosas (temperatura más de 77 grados F)?  Si  No

15. Va a estar trabajando en condiciones húmedas?  Si  No

16. Describa el tipo de trabajo que va a estar usted haciendo cuando use el respirador: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Describa cualquier situación especial o peligrosa que pueda encontrar cuando esté usando el respirador (por ejemplo, espacios encerrados, gases que lo puedan matar, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Provea la siguiente información si la sabe, por cada sustancia toxica que usted va a estar expuesto cuando esté usando el respirador(s):

a. Nombre de la primera sustancia toxica: \_\_\_\_\_

Máximo nivel de exposicion por jornada de trabajo: \_\_\_\_\_

Tiempo de exposicion por jornada: \_\_\_\_\_

b. Nombre de la segunda sustancia toxica: \_\_\_\_\_

c. Máximo nivel de exposicion por jornada de trabajo: \_\_\_\_\_

Tiempo de exposicion por jornada: \_\_\_\_\_

d. Nombre de la tercera sustancia toxica: \_\_\_\_\_

Máximo nivel de exposicion por jornada de trabajo: \_\_\_\_\_

Tiempo de exposicion por jornada: \_\_\_\_\_

e. El nombre de cualquier sustancia toxica que usted va a estar expuesto cuando este usted usando el respirador: \_\_\_\_\_

19. Describa alguna responsabilidad especial que usted va a tener cuando usted este usado el respirador(s) que pueda afectar la seguridad o la vida de otros ( por ejemplo, rescate, seguridad):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_