



# OSHA Respiratory Questionnaire

## Cuestionario de Evaluación Medico obligado por la OSHA

### Información del Empleador

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Contacto Autorizado: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

### Información del Empleado

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Empleado: \_\_\_\_\_ Seguro social del Empleado: \_\_\_\_\_

### 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

#### **Opciones para completar y enviar cuestionarios:**

- 1) En línea a través de nuestro sitio web, [www.PrimaryHealth.com](http://www.PrimaryHealth.com)
- 2) Por fax al proveedor de atención médica, 208-344-7152
- 3) Por email al proveedor de atención médica, [occmcd@primaryhealth.com](mailto:occmcd@primaryhealth.com)
- 4) Por correo postal o entregado en mano en **sobre cerrado** a:

Primary Health Medical Group  
Occupational Health Department  
Attn: OSHA Respiratory Review  
6052 W State St  
Boise, ID 83703

Información del paciente			
Nombre legal:		Inicial del segundo nombre:	
Apellido		Nombre de pila	
Nombre anterior:		Nombre Preferido:	
Dirección Postal:		Apartamento: Ciudad/estado/código postal:	
Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
		Método preferido para recibir llamadas de cortesía y otras mensajes electrónicos: <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Texto	
Dirección de correo electrónico:			Fecha de nacimiento:
Sexo listado con seguro:		Identidad de género: Más información al final de este formulario.	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (de mujer a hombre)	
Sexo asignado al nacer:		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (de hombre a mujer)	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Elija no revelar <input type="checkbox"/> No binario, ni exclusivamente masculino ni femenino	
		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
		Orientación sexual: Te preguntamos sobre tu orientación sexual para brindarte una atención personalizada e inclusiva. Esta información confidencial nos ayuda a respaldar mejor su salud y bienestar.	
		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Elija no revelar	
		<input type="checkbox"/> Lesbiana o homosexual <input type="checkbox"/> No sabe / Desconocido <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nº de Seguro Social:		Doctor general de familia:	
Estado civil:		Idioma de preferencia:	
		Se necesita traductor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y relación del contacto de emergencia:		Teléfono del contacto de emergencia:	
Ubicación y nombre de farmacia preferida:			
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Rechazar		Raza:	
		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispa <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Rechazar	
		<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Información del empleador y razón por la visita:			
Nombre del empleador:			
Dirección del empleador:		Ciudad/estado/código postal:	
Teléfono del empleador:		Fax del empleador:	
Razón de la visita:			
<input type="checkbox"/> <b>Accidente del trabajo:</b> Fecha de la herida: _____ ¿Cómo ocurrió la herida?			
<input type="checkbox"/> <b>Prueba de drogas</b> <input type="checkbox"/> DOT <u>Tipo de prueba DOT:</u> <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			
Marcar tipo de prueba: <input type="checkbox"/> Non-DOT <input type="checkbox"/> Observado			
<input type="checkbox"/> <b>Examen Físico</b> <input type="checkbox"/> DOT <input type="checkbox"/> Non-DOT <input type="checkbox"/> Otro (describir): _____			
<input type="checkbox"/> <b>Otros Servicios</b> <input type="checkbox"/> Prueba de alcoholemia <input type="checkbox"/> Inmunizaciones o Vacunas <input type="checkbox"/> Trabajo de laboratorio <input type="checkbox"/> Prueba de tuberculosis <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Motivo de la prueba:</b> <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			
<p>Certifico que he leído y estoy de acuerdo con la política de pago de Primary Health Medical Group (PHMG). Soy eligible para el seguro indicado en este formulario y 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. Autorizo PHMG comunicar cualquier información médica a mi aseguradora o pagador tercero para facilitar el procesamiento de mis reclamos de seguro. 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. Un cargo de \$30 por cheque devuelto aplicará para cheques devueltos por fondos insuficientes. Elijo recibir comunicaciones de PHMG por texto o email al número o dirección indicada, incluyendo pero no limitado a comunicaciones con relación a citas, comentarios, tratamiento y pagamiento. Entiendo que los emails y textos pueden ser inseguros y hay un riesgo que pudieran ser leídos por un tercer partido. Comentarios sometidos en encuestas podrían ser compartidos anonimamente en el sitio público de la página de internet de Primary Health Medical Group. Estamos obligados por el Idaho Patient Act a informarte que recibirás una factura por servicios médicos de Primary Health Medical Group, 10482 W. Carlton Bay Dr. Garden City, ID 83714. Teléfono: 208-955-6470. Si tienes trabajo de laboratorio de diagnóstico y tienes Medicare, Medicare Advantage de cualquier aseguradora, Medicaid, Aetna, Cigna, o United Health Care, puedes recibir una factura de Interpath Laboratory, PO Box 1208, Pendleton, OR 97801. Teléfono: 866-289-4093. Al firmar esto, reconoces que fuiste informado. 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 CMS y sus agentes toda información necesaria para determinar tales beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. <b>Autorización para revelar al empleador: Al firmar este formulario, por la presente autorizando a PHMG a divulgar a su empleador información asociada con cualquier servicio de salud ocupacional. Esto puede incluir, entre otros, información relacionada con cualquier prueba física previa al empleo, prueba de aptitud para el trabajo, prueba de drogas exámenes de detección o cualquier otro servicio ordenado por el empleador que no esté relacionado con una lesión o enfermedad.</b></p>			
He revisado una copia del Aviso de Confidencialidad de Primary Health Medical Group <input type="checkbox"/>		(Iniciales)	
Firma del paciente/tutor legal: X _____		Fecha: _____	
<p><b>¿Por qué me preguntan sobre mi orientación sexual e identidad de género?</b> Cada paciente tiene necesidades de salud únicas. Las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero suelen tener diferentes necesidades de salud. Comprender la orientación sexual y la identidad de género nos ayuda a brindar servicios de atención médica adecuados y atención culturalmente sensible a todos nuestros pacientes.</p> <p><b>¿Qué es la identidad de género?</b> La identidad de género es el sentido interno que una persona tiene de su género. Por ejemplo, una persona puede considerarse masculina, femenina, una combinación de hombre y mujer o de otro género.</p> <p><b>¿Qué significa transgénero?</b> Las personas transgénero tienen una identidad de género que no es la misma que su sexo al nacer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hombre transgénero describe a alguien asignado como mujer al nacer y que tiene una identidad de género masculina.</li> <li>Mujer transgénero describe a alguien asignado como hombre al nacer y que tiene una identidad de género femenina.</li> <li>No binario describen a alguien que tiene una identidad de género que no es ni masculina ni femenina o es una combinación de hombre y mujer.</li> </ul>		<p><b>¿Cómo elijo la información correcta?</b> No hay respuestas correctas o incorrectas. Si no encuentra una respuesta que se ajuste, puede elegir "Otro" o "No sé/Desconocido" o puede hablar con su proveedor.</p> <p><b>¿Quién verá esta información?</b> Su proveedor y otro personal asociado con su atención verán esta información y pasará a formar parte de su registro médico. Su información es confidencial y está protegida por la ley, al igual que toda su otra información de salud.</p> <p><b>¿Qué pasa si no quiero compartir esta información?</b> Tiene la opción de marcar la casilla "Elegir no revelar". Más adelante, su proveedor podrá hacerle estas preguntas en privado durante su visita. Puede elegir si desea compartir esta información en ese momento y/o puede hacerle más preguntas a su proveedor.</p> <p><b>¿Cómo se utilizará esta información?</b> Su proveedor utilizará esta información para ayudar a satisfacer sus necesidades de atención médica. Además, recopilar esta información de todos los pacientes permite al centro de salud ver si existen brechas en la atención o los servicios entre diferentes poblaciones. Esto nos ayuda a mejorar la atención que brindamos a nuestros pacientes.</p>	

<b>Sólo para uso de la oficina - (FRONT OFFICE)</b>	<b>Check-in Time:</b>
---	-----------------------

Date/Time Contacted:	By:
----------------------	-----

Company Contact Name:	Title:
-----------------------	--------

Company Phone Number:	Company Email:
-----------------------	----------------

W/C Carrier:	Carrier Phone #:
--------------	------------------

Notes:

<b>TRACKING INFORMATION - (BACK OFFICE)</b>
---

Staff:

COC/ATF: Faxed/Mailed to MRO/Employer/TPA

Qpassport/ePassport ID #:

Fed Ex Tracking Number:

Pick-up Scheduled (write Confirmation Code):

Notes:

<b>Occ Health service notes (optional)</b>
--

Price	CPT Code	Service
\$		
\$		
\$		
\$		

All Occ Health services documented in Billing 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):

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