

Appendix C to Sec. 1910.134: OSHA Respirator Medical Evaluation Questionnaire (Mandatory)

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

Para el empleador: Respuestas a las preguntas de la Sección 1, y a la pregunta 9 en la Sección 2 de la Parte A, no requieren examen médico.

To the employee:

Your employer must allow you to answer this questionnaire during normal working hours, or at a time and place that is convenient to you. To maintain your confidentiality, your employer or supervisor must not look at or review your answers, and your employer must tell you how to deliver or send this questionnaire to the health care professional who will review it.

Para el Empleado:

Su empleador debe permitirle que usted conteste este cuestionario durante horas normales de trabajo, o en un momento y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener su confidencialidad, su empleador o supervisor no debe ver o revisar sus respuestas, y su empleador debe decirle como entregar o enviar este cuestionario al profesional de salud que lo revisara.

Part A. Section 1. (Mandatory) The following information must be provided by every employee who has been selected to use any type of respirator (please print)

Parte A. Sección 1. (Obligatorio) La siguiente información debe ser proporcionada por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (por favor escriba en letra de molde)

Name: Nombre:		Birthdate: Fecha de Nacimiento:	
Date: Fecha de hoy:	Sex Sexo	Male/ Masculino Female/ Femenino	Height (inches)/ Estatura (pies): Weight (lbs.)/ Peso (libras):
Job Title: Título de Trabajo (ocupación):		Last 4 digits of Social Security Number Últimos 4 números de su Seguro Social	
A phone number where you can be reached by the health care professional who reviews this questionnaire (include the Area Code): <i>Un Numero de teléfono donde le pueda hablar un profesional de salud para revisar este cuestionario (incluya el código de área)</i>			
The best time to phone you at this number: <i>El mejor tiempo para hablar le a este número:</i>			
Has your employer told you how to contact the health care professional who will review this questionnaire? <i>¿Le ha dicho su empleador como comunicarse con un profesional de la salud que pueda revisar este cuestionario?</i>			Yes/ Si No/ No
Please contact your employer if you need to speak to the Healthcare Professional reviewing this questionnaire and an appointment will be made to see a provider. <i>Por favor, póngase en contacto con su empleador si usted necesita hablar con un profesional de la salud para revisar este cuestionario y se le hará una cita para ver un proveedor.</i>			
Check the type of respirator you will use (you can check more than one category) <i>Marque el tipo de respirador que va utilizar (puede marcar más de una categoría)</i>			
☐ N, R, or P disposable respirator (filter-mask, non-cartridge type only) <i>Purificación de Aire Presión Negativo</i>			
☐ Other type (for example, half- or full-face piece type, powered-air purifying, supplied-air, self-contained breathing apparatus) <i>Purificación de Aire Presión Positivo (SCBA)</i>			
Have you worn a respirator? If yes what type? <i>¿Ha usado un respirador? Si la respuesta es sí, ¿Que tipo?</i>			Yes/ Si No/ No
Part A. Section 2. (Mandatory) Questions 1 through 9 below must be answered by every employee who has been selected to use any type of respirator (please check "yes" or "no"). <i>Parte A. Sección 2 (Obligatorio) Preguntas 1 al 9 deben ser contestadas por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (por favor, marque "Si" o "No").</i>			Yes Si No No
1. Do you currently smoke tobacco, or have you smoked tobacco in the last month? <i>1. ¿Fuma tabaco en este momento, o fumo tabaco durante el mes pasado?-</i>			
2. Have you ever had any of the following conditions? <i>2. ¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones?</i>			Yes Si No No
a. Seizures (fits)? <i>a. Epilepsia?</i>			
b. Diabetes (sugar disease)? <i>b. ¿Diabetes?</i>			
c. Allergic reactions that interfere with your breathing? <i>c. ¿Reacciones alérgicas que interfería con su respiración?</i>			
d. Claustrophobia (fear of enclosed spaces)? <i>d. ¿Claustrofobia (miedo de lugares encerrados)?</i>			
e. Trouble smelling odors? <i>e. ¿Dificultad al oler?</i>			

3. Have you ever had any pulmonary or lung problems?	Yes	No
3. ¿Ha tenido cualquier de los siguientes problemas pulmonares o del pulmón?	Si	No
a. Asbestosis?		
a. ¿Asbestosis?		
b. Asthma?		
b. ¿Asma?		
c. Chronic Bronchitis?		
c. ¿Bronquitis crónico?		
d. Emphysema?		
d. ¿Enfisema?		
e. Pneumonia?		
e. ¿Pulmonía?		
f. Tuberculosis?		
f. ¿Tuberculosis?		
g. Silicosis?		
g. ¿Silicosis?		
h. Pneumothorax (collapsed lung)?		
h. ¿Neumotórax (pulmón caído)?		
i. Lung Cancer?		
i. ¿Cáncer del pulmón?		
j. Broken Ribs?		
j. ¿Costilla quebrada?		
k. Any Chest Injuries or Surgeries?		
k. ¿Cualquier lastimadura o cirugía del pecho?		
l. Any other lung problem that you've been told about?		
l. ¿Cualquier otro problema pulmonaria de la cual tiene conocimiento?		
4. Do you currently have any symptoms of pulmonary or lung illness?	Yes	No
4. ¿En el presente, tiene cualquiera de los siguientes síntomas de enfermedad del pulmón?	Si	No
a. Shortness of Breath?		
a. ¿Respiración corta?		
b. Shortness of breath when walking fast on level ground or when walking up a slight hill or incline?		
b. ¿Corto de aire al caminar rápido sobre una superficie al nivel o al caminar sobre un nivel inclinado?		
c. Shortness of breath when walking at your own pace on level ground?		
c. ¿Corto de aire al caminar a su propio paso?		
d. Have to stop for breath when walking at your own pace on level ground?		
d. ¿Tiene que parar para respirar al caminar a su paso en una al caminar en una superficie plana?		
e. Shortness of breath when dressing yourself?		
e. ¿Corto de aire al vestirse?		
f. Shortness of breath that interferes with your job?		
f. ¿Corto de aire lo cual interfiere con su trabajo?		
g. Coughing that produces phlegm (thick sputum)?		
g. ¿Tos que produce flema?		
h. Coughing that wakes you early in the morning?		
h. ¿Tos que lo despierta temprano en la mañana?		
i. Coughing that occurs mostly when you are lying down?		
i. ¿Tos que ocurre cuando esta acostado?		
j. Coughing up blood in the last month?		
j. ¿A tosido sangre en el último mes?		
k. Wheezing?		
k. ¿Resollar?		
l. Wheezing that interferes with your job?		
l. ¿Resuello que interfiere con su trabajo?		
m. Chest pain when you breathe deeply?		
m. ¿Dolor de pecho cuando respira profundo?		
n. Any other symptoms you think might be related to a lung problem?		
n. ¿Tiene algún otro síntoma que piensa que está relacionado con problemas del pulmón?		
5. Have you ever had any of the following cardiovascular or heart problems?	Yes	No
5. ¿Ha tenido cualquier de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?	Si	No
a. Heart attack?		
a. ¿Ataque de corazón?		
b. Stroke?		
b. ¿Embolia?		

c. Angina? c. ¿Angina?		
d. Heart Failure? d. ¿Fallo de corazón?		
e. Swelling in your legs and feet (not caused by walking)? e. ¿Hinchazón de sus piernas o pies (no resultado de caminar)?		
f. Heart arrhythmia (irregular heartbeats)? f. ¿Arritmia se corazón (latido de corazón irregular)?		
g. High blood pressure? g. ¿Alta presión de la sangre?		
h. Any other heart problem you've been told about? h. ¿Cualquier otro problema del corazón de la cual tiene conocimiento?		
6. Have you ever had any of the following cardiovascular or heart symptoms? 6. ¿Ha tenido cualquiera de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?	Yes Si	No No
a. Frequent pain or tightness in your chest? a. ¿Dolor o presión seguido en su pecho?		
b. Pain or tightness in your chest during physical activity? b. ¿Dolor o presión en su pecho durante actividades físicas?		
c. Pain or tightness in your chest that interferes with your job? c. ¿Dolor o presión en su pecho al cual interfiere con su trabajo?		
d. In the past two years, have you noticed your heart skipping or missing a beat? d. ¿Durante los últimos dos años, ha sentido que su corazón pare o pase un latido?		
e. Heartburn or indigestion not related to eating? e. ¿Acidez o indigestión no relacionado al comer?		
f. Any other symptom that you think may be related to heart or circulation problems? f. ¿Cualquier otro síntoma que piense que está relacionado al corazón o problemas de circulación?		
7. Do you currently take any medications for the following problems? 7. ¿Está tomando medicamento para cualquiera de los problemas siguientes?	Yes Si	No No
a. Breathing or lung problems? a. ¿Problemas del pulmón o respiración?		
b. Heart trouble? b. ¿Problema del corazón?		
c. Blood pressure? c. ¿Presión de la sangre?		
d. Seizures? d. ¿Ataque de epilepsia?		
8. If you have used a respirator, have you ever had any of the following problems? (If you've never used a respirator, skip to question 9.) 8. Si ha usado un respirador, ha tenido cualquiera de los siguientes problemas (si nunca ha usado un respirador, pase a la pregunta 9)	Yes Si	No No
a. Eye irritation? a. ¿Irritación en el ojo?		
b. Skin allergies or rashes? b. ¿Alergia o sarpullido en la piel?		
c. Anxiety? c. ¿Ansiedad?		
d. General weakness and fatigue? d. ¿Debilidad o fatiga en general?		
e. Breathing difficulty? e. ¿Dificultad al respirar?		
f. Any other problems that interfere with your use of a respirator? f. ¿Cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador?		
9. Would you like to speak with the health care professional who will review this questionnaire regarding any of your answers to this questionnaire? 9. ¿Le gustaría hablar con un profesional de salud para repasar sus respuestas sobre esta forma?	Yes Si	No No
Questions 10 through 15 below must be answered by every employee who has been selected to use either a full face piece respirator or a self-contained breathing apparatus (SCBA). For employees who have been selected to use other types of respirators, answering the following questions is voluntary. <i>Si va usar aparato para respirar (SCBA) o pieza completa, favor de contestar las siguientes preguntas adicionales (si no va a usar SCBA o pieza completa, las siguientes preguntas son voluntarias).</i>		

10. Have you ever lost vision in either eye (temporarily or permanently)? 10. ¿Ha perdido la vista en cualquier ojo (temporalmente o permanente)?		
11. Do you currently have any of the following vision problems? 11. ¿Tiene cualquier de los siguientes problemas de la visión?	Yes Si	No No
a. Wear contact lenses? a. ¿Usa lentes de contacto?		
b. Wear glasses? b. ¿Usa lentes?		
c. Color blind? c. ¿Ciego de colores?		
d. Any other eye or vision problems? d. ¿Cualquier otro problema de ojo o de su visión?		
12. Have you ever had an injury to your ears, including a perforated ear drum? 12. ¿Ha tenido una lesión en sus oídos, incluso un tímpano roto?		
13. Do you currently have any of the following hearing problems? 13. ¿En este momento, tiene cualquier de los siguientes problemas al oír?		
a. Difficulty hearing? a. ¿Dificultad para oír?		
b. Wear a hearing aid? b. ¿Usa un aparato para oír?		
c. Any other ear or hearing problem? c. ¿Tiene algún otro problema al oír o en el oído?		
14. Have you ever had a back injury? 14. ¿Ha tenido una lastimadura de su espalda?		
15. Do you currently have any musculoskeletal problems? <i>If no, continue to the signature portion. If yes, please answer the following questions:</i> 15. ¿En este momento, tiene cualquier de los siguientes problemas músculo esqueléticos? <i>Si la respuesta es no, continúe a la porción de su firma. Si la respuesta es sí, por favor de contestar las siguientes preguntas:</i>	Yes Si	No No
a. Weakness in any part of your arms, hands, legs, or feet? a. ¿Debilidad en cualquiera de sus brazos, manos, piernas, o pies?		
b. Back pain? b. ¿Dolor de espalda?		
c. Difficulty fully moving your arms and legs? c. ¿Dificultad en mover ampliamente sus brazos o piernas		
d. Pain or stiffness when you lean forward or backward at the waist? d. ¿Dolor o dificultad al doblar la cintura hacia arriba o abajo?		
e. Difficulty when fully moving you head up and down? e. ¿Dificultad al mover ampliamente su cabeza arriba o abajo?		
f. Difficulty when fully moving your head side to side? f. ¿Dificultad al mover ampliamente su cabeza de lado a lado?		
g. Difficulty when bending at your knees? g. ¿Dificultad al doblar las rodillas?		
h. Difficulty when squatting to the ground? h. ¿Dificultad al acuclillarse al suelo?		
i. Difficulty when climbing stairs or ladders and carrying more than 25 pounds? i. ¿Dificultad subiendo escalones o escaleras cargando más de 25 libras?		
j. Difficulty with any other muscle or skeletal problem that interferes with using a respirator? j. ¿Cualquier otro problema de músculo o del esqueleto?		

Please sign your name below indicating that the answers you have given on this questionnaire are true and correct to the best of your knowledge.

Por favor, firme su nombre indicando que las respuestas en este cuestionario fueron contestadas con su mejor conocimiento.

Signature/ Firma

Date/ Fecha