

Título 3 CCR Sección 6739 [q]

Cuestionario de Evaluación Médica

El completar este cuestionario, o un formulario sustancialmente equivalente y aceptable para el DEPARTAMENTO DE REGLAMENTACIÓN DE PESTICIDAS, por cada empleado que usa una máscara respiradora; y la revisión de la encuesta final por un médico o por un proveedor profesional de salud con licencia, es obligatoria para los empleados cuyas actividades requieren del uso de protección al sistema respiratorio.

El cuestionario de evaluación médica será administrado de manera que asegure que el empleado entienda y documente su contenido. La persona que administra la encuesta ofrecerá leer o explicar cualquier parte del cuestionario al empleado, en un lenguaje y manera que el empleado entienda. Después de entregar el cuestionario al empleado, la persona que administra la encuesta preguntará la siguiente pregunta al empleado: "¿Puede leer y completar esta encuesta?" Si la respuesta es afirmativa, el empleado se le permitirá que complete el cuestionario confidencialmente. Si la respuesta es negativa el empleado tiene que entregar ya sea una copia del cuestionario en un lenguaje que el empleado entienda o un lector confidencial, en el lenguaje principal que entienda el empleado.

Para el empleado:

Usted puede leer (marque con un círculo): Sí/No

(El empleador tiene que preguntar esta pregunta oralmente. Si es afirmativa, el empleado continuaría respondiendo la encuesta. Si es negativa, el empleador tiene que proveer un lector, en el lenguaje principal que entienda el empleado.)

Su empleador tiene que dejarle responder este cuestionario durante las horas normales de

trabajo, o en un momento y lugar que le sea conveniente. Para mantener este cuestionario en forma confidencial, su empleador o supervisor no debe ver ni revisar sus respuestas. Su empleador debe informarle a quién dar o cómo enviar este cuestionario al profesional de salud que lo va a revisar.

Sección 1. (Obligatorio, no se acepta variación alguna de este formato. La siguiente información debe ser entregada por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (por favor escriba con letra de imprenta):

1. La fecha de hoy: ____/____/____

2. Su nombre: _____

3. Su edad: _____

4. Sexo (marque uno con un círculo): Masculino/Femenino

5. Altura: _____ pies _____ pulgadas

6. Peso: _____ libras

7. Su título de trabajo _____

8. **¿Cómo lo puede contactar el profesional de salud que revisa este cuestionario?**

9. **Si es por teléfono, indique la hora más conveniente para llamarle en la Mañana/Tarde/Noche al:** (incluya el Código de área): ____ - ____ - _____.

10. **¿Le ha informado su empleador cómo comunicarse con el profesional de salud que va a revisar este cuestionario (marque con un círculo una respuesta)?**
Sí/No

11. Anote el tipo de equipo respiratorio que utilizará (puede anotar más de una categoría)

- a. Respirador desechable de clase N, R o P (respirador de filtro, respirador sin cartucho)
- b. Respirador de media cara (filtro de partícula o filtro de vapor o ambos)
- c. Respirador de cara completa (filtro de partícula o filtro de vapor o ambos)
- d. Purificador de aire accionado por un motor (PAPR)
- e. Respirador con un aparato propio de auto-suministro de aire (SCBA)
- f. Respirador con suministro aire a través de una manguera (SAR)
- g. Otro

12 **Ha usado algún tipo de respirador? (marque uno con un círculo):** **Sí/No**

Si ha usado equipo protector respiratorio, qué tipo(s) ha utilizado:

- a) Respirador desechable de clase N, R o P (respirador con filtro, respirador sin cartucho)
- b) Respirador de media cara (filtro de partícula o filtro de vapor o ambos)
- c) Respirador de cara completa (filtro de partícula o filtro de vapor o ambos)
- d) Purificador de aire accionado por un motor (PAPR)
- h. Respirador con un aparato propio de auto-suministro de aire (SCBA)
- e) Respirador con suministro aire a través de una manguera (SAR)
- f) Otro

Sección 2. (Obligatorio): Cada empleado seleccionado para usar cualquier tipo de respirador, debe contestar las preguntas del 1 al 8. Marque con un círculo "sí" o "no".

1 **¿Actualmente, usted fuma tabaco, o ha fumado tabaco durante el último mes? :**
Sí/No

2 **¿Usted ha tenido algunas de las siguientes condiciones:** **Sí/No**

- a) Ataque de apoplejía (ataque de epilepsia): Sí/No
- b) Reacciones alérgicas que no lo dejan respirar: Sí/No
- c) Claustrofobia (miedo al encierro en un lugar pequeño): Sí/No
- d) Dificultad para oler: Sí/No/ No sé
- e) Diabetes: Sí/No/No sé

3 ¿Ha tenido algunas de los siguientes problemas pulmonares o al pulmón?

- a) Asbestosis: Sí/No
- b) Asma: Sí/No
- c) Bronquitis crónica: Sí/No
- d) Enfisema: Sí/No
- e) Pulmonía: Sí/No
- f) Tuberculosis: Sí/No
- g) Silicosis: Sí/No
- h) Neumotórax (pulmón colapsado): Sí/No
- i) Cáncer en los pulmones: Sí/No
- j) Costillas quebradas: Sí/No
- k) Cualquier lesión o cirugía en el pecho: Sí/No
- l) Cualquier otro problema pulmonar que le han dicho a usted: Sí/No

4 ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en los pulmones?

- a) Respiración dificultosa: Sí/No
- b) Respiración dificultosa cuando camina rápido sobre terreno plano o subiendo una colina o pendiente: Sí/No
- c) Respiración dificultosa cuando camina normalmente con otras personas sobre terreno plano: Sí/No
- d) Cuando camina normalmente en terreno plano ¿siente que tiene que detenerse para coger aire? : Sí/No
- e) Respiración dificultosa cuando se está bañando o vistiéndose: Sí/No
- f) Respiración dificultosa que le impide trabajar: Sí/No
- g) Tos con flema (esputo espeso): Sí/No
- h) Tos que lo despierta temprano en la mañana: Sí/No
- i) Tos que ocurre mayormente cuando está acostado: Sí/No

- j) ¿Ha tosido sangre en el último mes? : Sí/No
- k) Respiración dificultosa y con ruido: Sí/No
- l) . Respiración con silbido o dificultad o asmaticamente que le impide trabajar: Sí/No
- m) Dolor en el pecho cuando respira profundamente: Sí/No
- n) Otros síntomas que usted cree están relacionados con problemas a los pulmones: Sí/No

5 ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas cardiovascular o al corazón?

- a) Ataque cardíaco: Sí/No
- b) Ataque de parálisis (apoplejía): Sí/No
- c) Angina (dolor al pecho): Sí/No
- d) Falla del corazón: Sí/No
- e) Hinchazón en las piernas o pies (que no sea causado por caminar): Sí/No
- f) Latidos irregulares del corazón (una arritmia): Sí/No/No sé
- g) Presión sanguínea alta: Sí/No/No sé
- h) Cualquier otro problema al corazón que le han dicho a usted: Sí/No

6 ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas cardiovascular o al corazón?

- a) Frecuente dolor de pecho o pecho apretado: Sí/No
- b) Dolor o pecho apretado durante actividad física: Sí/No
- c) Dolor o pecho apretado que no lo deja trabajar normalmente: Sí/No
- d) En los últimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente o se salta un latido: Sí/No
- e) Dolor en el pecho o indigestión que no se relacione con la comida: Sí/No
- f) Algunos otros síntomas que usted piensa son causados por problemas del corazón o de la circulación: Sí/No

7 ¿Actualmente, está tomando medicamentos para alguno de los siguientes problemas?

- a) Problemas al respirar o pulmonares: Sí/No
- b) Problemas del corazón: Sí/No
- c) Presión sanguínea: Sí/No
- d) Ataque de apoplejía (ataque de epilepsia): Sí/No

8 Si usted ha usado un respirador ¿ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas? (Si usted no ha usado un respirador deje esta pregunta en blanco y continúe con la pregunta 9)

- a) Irritación de los ojos: Sí/No
- b) Alergias del cutis o salpullido: Sí/No
- c) Ansiedad: Sí/No
- d) Debilidad general o fatiga: Sí/No
- e) Dificultad al respirar: Sí/No
- f) Algún otro problema que le impida el uso de un respirador: Sí/No

9 ¿Le gustaría hablar con el profesional de salud que va a revisar sus respuestas?

Las preguntas del 10 al 15 deben contestarse por los empleados seleccionados para usar un respirador purificador de aire de cara completa con filtros o un aparato personal de auto respiración (SCBA, por su sigla en inglés). Para los empleados seleccionados a usar otros tipos de respiradores, la respuesta a esta pregunta es voluntaria.

10 ¿Ha perdido la visión en cualquiera de sus ojos (temporalmente o permanente?): Sí/No

11 ¿Actualmente, tiene algunos de los siguientes problemas con su vista?

- a) Usa lentes de contacto: Sí/No
- b) Usa lentes: Sí/No
- c) Daltonismo(dificultad para distinguir colores): Sí/No
- d) Algún otro problema con los ojos o la vista: Sí/No

12 ¿Ha tenido alguna vez un daño a los oídos, incluso una membrana (tímpano) del oído rota?: Sí/No

13 ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas para oír?

- a) Dificultad para oír: Sí/No
- b) Usa un aparato del oído (audífono): Sí/No
- c) ¿Tiene algún otro problema con los oídos o de audición? : Sí/No

14 ¿Se ha lesionado alguna vez la espalda? : Sí/No

15 ¿Tiene alguno de los siguientes problemas óseos o musculares?

- a) Debilidad en cualquiera de los brazos, manos, piernas o pies: Sí/No
- b) Dolor de espalda: Sí/No
- c) Dificultad para mover sus brazos y piernas completamente: Sí/No

- d)** Dolor o rigidez cuando se inclina de la cintura para adelante o para atrás: Sí/No
- e)** Dificultad para mover la cabeza para arriba o para abajo completamente: Sí/No
- f)** Dificultad para mover la cabeza de lado a lado: Sí/No
- g)** Dificultad para agacharse doblando las rodillas: Sí/No
- h)** Dificultad para ponerse en cuclillas hasta el suelo: Sí/No
- i)** Dificultad para subir un piso o escaleras cargando más de 25 libras: Sí/No
- j)** Algún otro problema muscular o con sus huesos que le impida usar un respirador:
Sí/No

A discreción del PLHCP, si se requiere información adicional para averiguar el estado de salud del empleado y la adaptabilidad de usar protección al sistema respiratorio, el PLHCP puede incluir y requerir el cuestionario que se encuentra en el Título 8, del Código de Reglamentos de California, sección 5144, Apéndice C, Parte B, Preguntas 1 – 19.