

**HOJA DE INFORMACIÓN**

Nº de Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 19 \_\_\_\_ Nº de ID del empleado \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 (Calle o dirección postal) (Ciudad/estado) (Código postal)

TELÉFONO PARTICULAR: ( ) - CELULAR: ( ) - CORREO ELECTRÓNICO:

**ENTIDAD:**  Baptist  South Miami  Doctors  Homestead  Mariners  Other:

Location: Please  (1) Box

Baptist  South Miami  Doctors  Homestead  Mariners  BOS / BHE  Corporate

FECHA DE **empleo**: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PUESTO: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** \_\_\_\_\_ alergia al **LÁTEX**:  SÍ  NO

MEDICINAS ACTUALES: \_\_\_\_\_ Fecha de análisis de control de drogas \_\_\_\_\_  Neg  Pos

**NO ESCRIBA EN LA SECCIÓN SIGUIENTE - USO OFICIAL EXCLUSIVO SALUD DEL EMPLEADO**

| PPD - Paso 1                      |                    | PPD - Paso 2                      |                    | RADIOGRAFÍA DE TÓRAX | RESULTADOS |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--------------------|----------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> PPD DADO | / /                | <input type="checkbox"/> PPD DADO | / /                | / /                  |            |
| Eritema ____ mm                   | Induración ____ mm | Eritema ____ mm                   | Induración ____ mm | / /                  |            |

| PRUEBA DE DETECCIÓN DE TUBERCULOSIS |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|-------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| FECHA                               | / /     | / /     | / /     | / /     | / /     | / /     | / /     | / /     | / /     | / /     |
| Induración                          | ____ mm | ____ mm | ____ mm | ____ mm | ____ mm | ____ mm | ____ mm | ____ mm | ____ mm | ____ mm |
| Eritema                             | ____ mm | ____ mm | ____ mm | ____ mm | ____ mm | ____ mm | ____ mm | ____ mm | ____ mm | ____ mm |
| Hx POS S&S                          | s / n   | s / n   | s / n   | s / n   | s / n   | s / n   | s / n   | s / n   | s / n   | s / n   |

| CONSTANCIA DE ANTICUERPOS Y VACUNAS |              |            |              |                          |            |
|-------------------------------------|--------------|------------|--------------|--------------------------|------------|
| NOMBRE                              | FECHA TÍTULO | RESULTADOS | FECHA VACUNA | REEXTRACCIÓN PARA TÍTULO | RESULTADOS |
| RUBEOLA IgG                         | / /          |            | / /          | / /                      |            |
| SARAMPIÓN IgG                       | / /          |            | / /          | / /                      |            |
| VARICELA IgG                        | / /          |            | / /          | / /                      |            |
| HEPATITIS B Anticuerpo              | / /          |            | / /          | / /                      |            |

| Vacuna VARICELA          | Vacuna MMR | HEPATITIS B |             |          |             |
|--------------------------|------------|-------------|-------------|----------|-------------|
|                          |            | SERIE #1    | COMENTARIOS | SERIE #2 | COMENTARIOS |
| #1 / /                   | #1 / /     | / /         |             | / /      |             |
| #2 / /                   | #2 / /     | / /         |             | / /      |             |
| Decl. / /                | Decl. / /  | / /         |             | / /      |             |
| <b>Tétanos-Dift.</b>     | / / / /    | / /         |             | / /      |             |
| <b>Vacuna antigripal</b> | / / / /    | / /         | / /         | / /      | / /         |

| CONSTANCIA DE PRUEBA DE AJUSTE DE MASCARILLA |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| / /  | / /        | / /        | / /        | / /        | / /        | / /        | / /        | / /        | / /        |
| Masc. ____                                   | Masc. ____ | Masc. ____ | Masc. ____ | Masc. ____ | Masc. ____ | Masc. ____ | Masc. ____ | Masc. ____ | Masc. ____ |

|                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |
|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Tam. _____       | Tam. _____       | Tam. _____       | Tam. _____       | Tam. _____       | Tam. _____       | Tam. _____       | Tam. _____       | Tam. _____       | Tam. _____       |
| Prueba / Control | Prueba / Control | Prueba / Control | Prueba / Control | Prueba / Control | Prueba / Control | Prueba / Control | Prueba / Control | Prueba / Control | Prueba / Control |

PÁGINA DE SIGNOS VITALES Y VISTA

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_  MASCULINO  FEMENINO Estatura \_\_\_' \_\_\_" Peso \_\_\_\_\_ Lbs

NO ESCRIBA EN LA SECCIÓN SIGUIENTE - USO OFICIAL EXCLUSIVO SALUD DEL EMPLEADO

Presión Arterial \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_

FECHA: Reevaluación de presión arterial \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_

Vista Ojo D. \_\_\_/\_\_\_ Ojo I. \_\_\_/\_\_\_ Ambos ojos \_\_\_/\_\_\_

Con lentes de contacto \_\_\_\_\_

Con lentes regulares \_\_\_\_\_

**PRUEBA DE DETECCIÓN DE DALTONISMO - Prueba Ishihara**

| PLACA N° | NÚMERO LEÍDO | RESULTADOS / comentarios |
|----------|--------------|--------------------------|
| 1        |              |                          |
| 2        |              |                          |
| 3        |              |                          |
| 4        |              |                          |
| 5        |              |                          |
| 6        |              |                          |
| 7        |              |                          |
| 8        |              |                          |
| 9        |              |                          |
| 10       |              |                          |
| 11       |              |                          |
| 12       |              |                          |
| 13       |              |                          |
| 14       |              |                          |
| 15       |              |                          |

Profesional Examinador: \_\_\_\_\_  APROBADO  REPROBADO

## DECLARACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y EVALUACIÓN

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Bienvenido al BAPTIST HEALTH. El propósito de Servicios de Salud del Empleado es el de brindarle atención de su salud. Estamos a su disposición para consultas, referencias médicas, atención y tratamiento.

- Por favor tómese un momento a fin de leer detenidamente el siguiente formulario de historia clínica.
- Responda a todas las preguntas. Estamos a su disposición para ayudarle si lo necesita.

***Por favor firme con sus iniciales al final de cada declaración:***

- 1) Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a ubicarle en un trabajo que resulte seguro tanto para usted como para los demás. \_\_\_\_ (Iniciales)
- 2) Comprendo que toda información que atañe a la descripción de mi puesto podrá ponerse a la disposición de mi supervisor. \_\_\_\_ (Iniciales)
- 3) Autorizo que Servicios de Salud del Empleado realice cualquier examen físico y/o análisis de laboratorio que considere necesario a fin de constatar la ausencia de enfermedades contagiosas o de cualquier condición que me pudiera impedir que realizara mis responsabilidades en calidad de empleado de BAPTIST HEALTH. \_\_\_\_ (Iniciales)
- 4) Entiendo que cualquier oferta de empleo está condicionada a que complete satisfactoriamente la evaluación de salud. \_\_\_\_ (Iniciales)



Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

5. Toma algún medicamento para su padecimiento de espalda/cuello?  NO  SÍ

Detalle los medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Con cuánta frecuencia?: \_\_\_\_\_

6. ¿Tiene problemas para realizar las actividades de su vida diaria?  NO  SÍ

Describe las limitaciones \_\_\_\_\_

7. ¿Alguna vez se vio impedido de trabajar por causa de algún padecimiento o lesión?  NO  SÍ

Comentario del examinador: \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA Y EVALUACIÓN** *continuación...*

| <u>SÍ</u>  |  | <u>NO</u> |  | ¿TIENE O TUVO LO SIGUIENTE?             | Comentarios del solicitante | Comentarios del examinador |
|--|--|-----------|--|---|-----------------------------|----------------------------|
| <b>AFECCIONES RESPIRATORIAS:</b>                               |  |           |  |   |                             |                            |
| 1.   |  |           |  | Asma                                    |                             |                            |
| 2.   |  |           |  | Enfisema                                |                             |                            |
| 3.   |  |           |  | Bronquitis                              |                             |                            |
| 4.   |  |           |  | ¿Fuma? / ¿Cuánto hace?                  |                             |                            |
| 5.   |  |           |  | Tuberculosis                            |                             |                            |
| 6.   |  |           |  | Otra                                    |                             |                            |
| <b>AFECCIONES CARDÍACAS:</b>                                   |  |           |  |   |                             |                            |
| 1.   |  |           |  | Presión arterial alta                   |                             |                            |
| 2.   |  |           |  | Afección cardíaca                       |                             |                            |
| 3.   |  |           |  | Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) |                             |                            |
| 4.   |  |           |  | Cirugía abierta de corazón              |                             |                            |
| 5.   |  |           |  | Ataque cardíaco                         |                             |                            |
| 6.   |  |           |  | Dolor de pecho                          |                             |                            |
| 7.   |  |           |  | Otra                                    |                             |                            |
| <b>AFECCIONES NEURO/MUSCULARES, ESQUELÉTICOS O ARTICULARES</b> |  |           |  |   |                             |                            |
| 1.   |  |           |  | Lesión de mano/muñeca; túnel carpiano   |                             |                            |
| 2.   |  |           |  | Lesión de hombro / codo                 |                             |                            |
| 3.   |  |           |  | Esguince de espalda                     |                             |                            |
| 4.   |  |           |  | Espalda: Disco intervertebral herniado  |                             |                            |
| 5.   |  |           |  | Espalda: Procedimiento quirúrgico       |                             |                            |
| 6.   |  |           |  | Huesos fracturados                      |                             |                            |
| 7.   |  |           |  | Lesión de rodilla                       |                             |                            |
| 8.   |  |           |  | Lesión de tobillo                       |                             |                            |
| 9.   |  |           |  | Lesión de pierna                        |                             |                            |
| 10.  |  |           |  | Lesión de cadera                        |                             |                            |
| 11.  |  |           |  | Problema de los pies                    |                             |                            |
| 12.  |  |           |  | Amputación de pie/pierna/brazo/mano     |                             |                            |
| 13.  |  |           |  | Lesión o dolor de cuello                |                             |                            |
| 14.  |  |           |  | Cirugía ortopédica                      |                             |                            |
| 15.  |  |           |  | Poliomielitis – Discapacidad residual   |                             |                            |
| 16.  |  |           |  | Artritis/ Gota                          |                             |                            |
| 17.  |  |           |  | Osteoartritis crónica                   |                             |                            |
| 18.  |  |           |  | Otra                                    |                             |                            |

**COMENTARIOS:** Por favor incluya cualquier examen [radiografía, tomografía computarizada (CT), imagen por resonancia magnética (MRI), etc.], nombre, dirección, teléfono y facsímil del médico

---



---



---

### HISTORIA CLÍNICA Y EVALUACIÓN

| <u>SÍ</u>                      | <u>NO</u> | ¿TIENE O TUVO LO SIGUIENTE?  | <u>Comentarios del solicitante</u> | <u>Comentarios del examinador</u> |
|--------------------------------|-----------|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>AFECCIONES ABDOMINALES:</b> |           |  |                                    |                                   |
| 1.                             |           | Trastorno estomacal y/o intestinal   |                                    |                                   |
| 2.                             |           | Síndrome del intestino irritable   |                                    |                                   |
| 3.                             |           | Colitis  |                                    |                                   |
| 4.                             |           | Enfermedad de Crohn  |                                    |                                   |
| 5.                             |           | Vesícula   |                                    |                                   |
| 6.                             |           | Úlcera   |                                    |                                   |
| 7.                             |           | Enfermedad renal   |                                    |                                   |
| 8.                             |           | Hernia   |                                    |                                   |
| 9.                             |           | Hepatitis  |                                    |                                   |
| 10.                            |           | Enfermedad hepática  |                                    |                                   |
| 11.                            |           | Otra   |                                    |                                   |
| <b>AFECCIONES MÉDICAS:</b>     |           |  |                                    |                                   |
| 1.                             |           | Diabetes   |                                    |                                   |
| 2.                             |           | Epilepsia / Trastornos convulsivos   |                                    |                                   |
| 4.                             |           | Dolores de cabeza / Migrañas   |                                    |                                   |
| 5.                             |           | Lesión de la cabeza  |                                    |                                   |
| 6.                             |           | Trastorno vascular   |                                    |                                   |
| 7.                             |           | Accidente cerebrovascular (CVA)  |                                    |                                   |
| 7.                             |           | Tromboflebitis (coágulo de sangre)   |                                    |                                   |
| 8.                             |           | Anemia   |                                    |                                   |
| 9.                             |           | Problemas circulatorios  |                                    |                                   |
| 10.                            |           | Trastorno hemorrágico  |                                    |                                   |
| 11.                            |           | Cáncer   |                                    |                                   |
| 12.                            |           | Afección inmunosupresora   |                                    |                                   |
| 13.                            |           | Otra   |                                    |                                   |
| <b>AFECTACIONES VISUALES:</b>  |           |  |                                    |                                   |
| 1.                             |           | Sordera total o parcial  |                                    |                                   |
| 2.                             |           | Afección del oído  |                                    |                                   |
| 3.                             |           | Afección de la vista   |                                    |                                   |
| 4.                             |           | Pérdida total o parcial de la vista  |                                    |                                   |
| 5.                             |           | Daltonismo (Percepción deficiente de colores)  |                                    |                                   |
| <b>HISTORIA FAMILIAR:</b>      |           |  |                                    |                                   |
| 1.                             |           | Cáncer   |                                    |                                   |
| 2.                             |           | Enfermedad cardíaca  |                                    |                                   |
| 3.                             |           | Alta presión arterial  |                                    |                                   |
| 4.                             |           | Diabetes   |                                    |                                   |
| 5.                             |           | Otra enfermedad seria  |                                    |                                   |
| <b>HISTORIA MEDICA</b>         |           |  |                                    |                                   |
| 1.                             |           | Ha estado o esta usted bajo la supervisión de IPN, PRN o el departamento de salud. De ser afirmativa su respuesta, por favor explique las circunstancias incluyendo fecha. |                                    |                                   |
| <b>MUJERES SOLAMENTE:</b>      |           |  |                                    |                                   |

|  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  | ¿Está embarazada? Si responde Sí, fecha estimada de parto _____ |  |  |
|--|--|--|---|--|--|

**Servicios de Salud del Empleado BHSF**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA Y EVALUACIÓN

**ENUMERE TODOS:**

Comentarios del examinador

Procedimientos quirúrgicos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Accidentes automovilísticos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Otros accidentes: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cualquier otra enfermedad o afección no enumerada \_\_\_\_\_

**COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR:**

**Nótese por favor: Baptist Health South Florida exige copias de todo reclamo de indemnización por accidente del trabajo, de expedientes médicos y de autorización para reintegrarse al trabajo.**

¿Alguna vez padeció una lesión o presentó un reclamo a compensación del trabajador?

NO     Sí (describa debajo)

| <u>Fecha</u> | <u>Lesión</u> | <u>Compañía</u> | <u>Estado</u> |
|--------------|---------------|-----------------|---------------|
|--------------|---------------|-----------------|---------------|

¿Alguna vez le entabló demanda a su empleador en alguna causa de compensación del trabajador?

NO     Sí

Hay alguna afección que pueda limitarlo de alguna manera en el desempeño de su descripción específica de trabajo?

NO     Sí

EXPLÍQUESE

---

### HISTORIA CLÍNICA Y EVALUACIÓN

**ADA ACCOMMODATIONS:**

1) Recibí, leí y comprendo mi descripción de trabajo, como también las tareas esenciales del trabajo. Opino que puedo desempeñar dichas tareas.

NO     Sí

2) ¿Hay alguna condición física/emocional personal que pueda limitarlo de alguna manera en el desempeño de su descripción específica de trabajo?

NO     Sí (describase a continuación)

\_\_\_\_\_

3) ¿Alguna vez se vio impedido de trabajar por causa de alguna enfermedad, lesión o afección?

NO     Sí (describase a continuación)

\_\_\_\_\_

4) ¿Considera usted que sea necesario que se haga algún arreglo razonable a fin de que le sea posible desempeñar las labores esenciales de este trabajo?

NO     Sí (describase a continuación)

**COMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DOY FE QUE LA PRESENTE HISTORIA CLÍNICA ES VERAZ Y COMPLETA Y QUE NO TENGO NINGUNA ENFERMEDAD, LESIÓN NI ENFERMEDAD CRÓNICA SALVO LO QUE SE DECLARA EN LA PRESENTE. ENTIENDO QUE LA FALSIFICACIÓN Y/U OMISIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN ES CAUSA DE DESPIDO INMEDIATO O BIEN PUDIERA SER MOTIVO DE DENEGACIÓN DE PRESTACIONES DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR. TAMBIÉN COMPRENDO QUE LA OFERTA DE TRABAJO DEPENDE DE QUE SE COMPLETE Y SE CONSTATE DE MANERA EXITOSA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN LA EVALUACIÓN POSTERIOR A LA OFERTA. DOY PERMISO PARA QUE SE DIVULGUE LA INFORMACIÓN MÉDICA OBTENIDA DURANTE MI EVALUACIÓN SOLO EN LA MEDIDA QUE RESULTE NECESARIA, A FIN DE DETERMINAR MI CAPACIDAD DE DESEMPEÑO DE LAS LABORES ESENCIALES DEL CARGO PRETENDIDO. ME CONSTA QUE LA PRESENTE EVALUACIÓN SE COMPLETA A FIN DE DETERMINAR MI CAPACIDAD DE DESEMPEÑO DE LAS LABORES ESENCIALES DEL CARGO QUE PRETENDO Y QUE NO CONSTITUYE UN EXAMEN MÉDICO COMPLETO Y EXHAUSTIVO. NO SE PRETENDE QUE SE USE CON EL PROPÓSITO DE DETERMINAR EL ESTADO GENERAL DE MI SALUD PERSONAL.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Examinador \_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN DE HISTORIA DE ALERGIA AL LÁTEX

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nº de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Alguna vez tuvo una reacción como por ejemplo hinchazón, picazón, o dificultad para respirar al ser expuesto a materiales de látex, tales como guantes de goma o globos?  SÍ  NO

Describe cualquier reacción que pudo haber tenido al ser expuesto a los siguientes materiales o alimentos:

| <u>NINGUNA</u>                                | <u>Localizada</u><br>urticaria ( <i>describa</i> ) o<br>enrojecimiento, picazón o<br>erupción con ardor | <u>Sistémica</u><br>dificultad para respirar, respiración sibilante,<br>hinchazón del rostro, congestión nasal,<br>lagrimeo o shock ( <i>describa</i> ) |
|---|---|---|
| Globos <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |
| Guantes de goma <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |
| Curitas <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |
| Materiales elásticos <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |
| Aparatos dentales <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |
| Condomes <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |
| Aguacates <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |
| Bananas <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |
| Fruta kiwi <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |
| Papayas <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |
| Castañas <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |
| OTRO <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |

¿Tiene historia de?:

- |                             |                             |  |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Fiebre del heno  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad autoinmune                                   |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Eccema   | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Alergias farmacológicas múltiples                       |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Asma   | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Numerosos procedimientos médicos/quirúrgicos            |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Dermatitis de contacto   | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Exposición ocupacional a productos de látex             |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Rinitis/Conjuntivitis  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Anormalidad congénita ( <i>por ej.</i> : Espina bifida) |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Reacciones severas o inexplicables (shock) durante procedimientos médicos o dentales |                             |                             |   |

¿Alguna vez tuvo?:

- SÍ  NO ¿Prueba global de alergia? Resultados: \_\_\_\_\_
- SÍ  NO ¿Prueba de alergia al látex? Resultados: \_\_\_\_\_
- SÍ  NO ¿Tratamiento para alergia? \_\_\_\_\_

¿Actualmente lo trata con regularidad un alergista o un dermatólogo?

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Nº de teléfono \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre(s) de médico(s) notificado(s): \_\_\_\_\_



## CUESTIONARIO MÉDICO PARA USUARIOS DE RESPIRADORES

Su nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Su cargo: \_\_\_\_\_

Género (rodée con círculo el que corresponda): Masculino/Femenino

Su edad: \_\_\_\_\_

Su estatura: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas

Su peso: \_\_\_\_\_ lbs

✓ Un número de teléfono (que incluya el código de área) donde pueda comunicarse con usted el profesional de la salud que examine el presente cuestionario:

\_\_\_\_\_

✓ ¿Cuál es el mejor momento para llamarle por teléfono a este número? \_\_\_\_\_

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

(por favor marque "Sí" o "No")

Sí  No

1. Marque el tipo de respirador que usará (podrá seleccionar más de una categoría):

a. \_\_\_ Respirador desechable N.R. o P (por ejemplo: mascarilla con filtro, únicamente del tipo sin cartucho)

b. \_\_\_ Otro tipo (por ejemplo: del tipo de cara completa o de media cara, purificador de aire eléctrico, aire suministrado, aparato de respiración independiente)

2. ¿Ha usado algún respirador (por favor marque "Sí" o "No")?

Sí  No

Si respondió "Sí", ¿de qué tipo(s)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**PARTE A. Sección 2. (Obligatoria) Todo empleado que haya sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador deberá responder a las preguntas del 1 al 9 que aparecen a continuación (por favor marque "Sí" o "No").**

---

1. ¿Fuma actualmente tabaco o ha fumado tabaco durante el último mes?:  Sí  No

2. Alguna vez tuvo alguna de las afecciones que aparecen a continuación?

a. Convulsiones:  Sí  No

b. Diabetes (enfermedad del azúcar):  Sí  No

c. Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración:  Sí  No

d. Claustrofobia (temor a los espacios estrechos)  Sí  No

e. Dificultad para oler:  Sí  No

3. ¿Alguna vez tuvo alguno de los problemas pulmonares que aparecen a continuación?

a. Asbestosis:  Sí  No

b. Asma:  Sí  No

c. Bronquitis crónica:  Sí  No

d. Enfisema:  Sí  No

e. Neumonía:  Sí  No

f. Tuberculosis:  Sí  No

g. Silicosis:  Sí  No

h. Neumotórax (pulmón colapsado):  Sí  No

i. Cáncer de pulmón:  Sí  No

j. Fractura de costillas:  Sí  No

k. Alguna lesión o cirugía de tórax:  Sí  No

l. Cualquier otro problema de pulmón del que le hayan informado:  Sí  No

## CUESTIONARIO MÉDICO PARA USUARIOS DE RESPIRADORES (continuación)

4. ¿Tiene actualmente alguno de los síntomas de enfermedad pulmonar?
- a. Falta de aliento:  Sí  No
  - b. Falta de aliento al caminar rápido en suelo nivelado o al ascender por un plano levemente inclinado  Sí  No
  - c. Falta de aliento al caminar con otras personas a un paso común en suelo nivelado  Sí  No
  - d. Necesidad de detenerse para recuperar el aliento al caminar a su propio paso en suelo nivelado  Sí  No
  - e. Falta de aliento al lavarse o vestirse  Sí  No
  - f. Falta de aliento que interfiere con su trabajo  Sí  No
  - g. Tos que le produce flemas (expectoración espesa)  Sí  No
  - h. Tos que le despierta temprano por la mañana  Sí  No
  - i. Tos que ocurre mayormente cuando está acostado  Sí  No
  - j. Al toser ha expectorado sangre durante el último mes  Sí  No
  - k. Respiración sibilante  Sí  No
  - l. Respiración sibilante que interfiere con su trabajo  Sí  No
  - m. Dolor de pecho con la respiración profunda  Sí  No
  - n. Cualquier otro síntoma que le parezca que esté relacionado con problemas pulmonares  Sí  No
5. ¿Alguna vez tuvo alguno de los problemas cardiovasculares que aparecen a continuación?
- a. Ataque cardíaco  Sí  No
  - b. Ataque cerebral  Sí  No
  - c. Angina de pecho  Sí  No
  - d. Insuficiencia cardíaca  Sí  No
  - e. Hinchazón en piernas o pies (que no ocurrió por caminar)  Sí  No
  - f. Arritmia cardíaca (latido irregular del corazón)  Sí  No
  - g. Presión arterial alta  Sí  No
  - h. Cualquier otro problema cardíaco del que se le haya informado  Sí  No
6. ¿Alguna vez tuvo alguno de los síntomas cardiovasculares o cardíacos que se detallan a continuación?
- a. Dolor frecuente o presión en el pecho  Sí  No
  - b. Dolor o presión en el pecho durante actividad física  Sí  No
  - c. Dolor o presión en el pecho que interfiere con su trabajo  Sí  No
  - d. En los dos últimos años ¿ha tenido la sensación de que el corazón omitía un latido?  Sí  No
  - e. Acidez o indigestión que no se relaciona con la comida  Sí  No
  - f. Cualquier otro síntoma que opine que pueda relacionarse con problemas del corazón o de circulación  Sí  No
7. ¿Toma actualmente alguna medicación para alguno de los problemas que aparecen a continuación?
- a. Problemas de respiración o de pulmón  Sí  No
  - b. Problemas cardíacos  Sí  No
  - c. Presión arterial alta  Sí  No
  - d. Convulsiones  Sí  No
8. Si ha usado respirador, ¿tuvo alguna vez alguno de los problemas que aparecen a continuación?
- Si nunca usó un respirador, MARQUE el casillero siguiente y siga directamente a la pregunta 9.**  N/A
- a. Irritación ocular  Sí  No
  - b. Alergias o erupciones en la piel  Sí  No
  - c. Ansiedad  Sí  No
  - d. Debilidad o fatiga generalizada  Sí  No
  - e. Cualquier otro problema que interfiera con su uso de un respirador  Sí  No
  - f. ¿Le gustaría hablar con el profesional de la salud que examinará este cuestionario?  Sí  No

Si experimenta cualquier dolor de pecho, falta de aliento, mareo, diaforesis o ansiedad mientras usa el respirador PFR- N95, quítese el respirador DE INMEDIATO y dé parte de los síntomas a Servicios de Salud del Empleado.

**\*\* NO intente usar la mascarilla PFR N-95 hasta que haya dado parte de sus síntomas a Servicios de Salud del Empleado y que los mismos hayan sido evaluados \*\***

Servicios de Salud del Empleado extiende autorización médica para uso de PFR N95

Firma

Fecha