



**Apéndice C: Parte 29 CFR 1910.134.  
Cuestionario de Evaluación Médica para  
OSHA**

**(OBLIGATORIO)**

## Apéndice C: Parte 29 CFR 1910.134. Cuestionario de Evaluación Médica para OSHA (OBLIGATORIO).

### Para el empleador:

Respuestas a las preguntas de la Sección 1, y a la pregunta 9 de la Sección 2 de la Parte A, no requieren un examen médico.

Marque con un círculo para indicar sus respuestas a cada pregunta.

### Para el empleado:

Puede usted leer (marque solamente uno con un círculo):.....Sí o No

Su empleador 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 empleador o supervisor no debe ver o revisar sus respuestas. Su empleador debe informarle como entregar o enviar este cuestionario a un profesional de salud para que lo revise.

### Parte A. Sección 1. (Obligatorio).

La siguiente información debe de ser provista por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (escriba claro por favor).

1. Fecha de hoy : \_\_\_\_\_
2. Nombre: \_\_\_\_\_
3. Edad: \_\_\_\_\_
4. Sexo: (marque uno) Masculino o Femenino
5. Altura: \_\_\_\_\_pies \_\_\_\_\_pulgadas
6. Peso: \_\_\_\_\_libras
7. Su ocupación, título o tipo de trabajo: \_\_\_\_\_
8. Número de teléfono al cual pueda ser llamado por el profesional de salud que va a revisar este cuestionario (incluya el área): \_\_\_\_\_
9. Indique la hora más conveniente para llamar a este número: \_\_\_\_\_
10. Le ha informado su empleador como comunicarse con el profesional de salud que va a revisar este cuestionario (circule una respuesta)?.....Sí o No
11. Indique el tipo de equipo de protección respiratoria que va utilizar (puede anotar mas de una categoría):
  - a. \_\_\_\_\_ Respirador descartable (desechable) de clase N, R, o P (máscara simple que

- no tiene cartucho)  
 b. \_\_\_\_\_ Otro tipo (de media máscara, o de máscara completa, con purificador de aire, con aire provisto por una manguera, o aparato respiratorio autónomo (SCBA).

**12. Ha usado algún tipo de respirador ?.....Sí o No**

Si la respuesta a 12 es Sí, que tipo(s) de respirador ha utilizado:

---

**Parte A. Sección 2. (Obligatorio).**

Las preguntas 1 a 9 deben ser contestadas por cada empleado que fue seleccionado para usar cualquier tipo de respirador. Marque sus respuestas con un círculo.

**1. Corrientemente fuma tabaco, o ha fumado tabaco durante el último mes?..... Sí o No**

**2. Ha tenido algunas de las siguientes condiciones médicas?**

- a. Convulsiones :.....Sí o No
- b. Diabetes (azúcar en la sangre):.....Sí o No
- c. Reacciones alérgicas que no lo dejan respirar bien: .....Sí o No
- d. Claustrofobia (miedo de estar en espacios confinados):.....Sí o No
- e. Dificultad para oler olores.....Sí o No

**3. Ha tenido algunas de los siguientes problemas pulmonares?**

- a. Asbestosis:.....Sí o No
- b. Asma:.....Sí o No
- c. Bronquitis crónica: .....Sí o No
- d. Enfisema: .....Sí o No
- e. Pulmonía:.....Sí o No
- f. Tuberculosis: .....Sí o No
- g. Silicosis: .....Sí o No
- h. Neumotórax (colapso del pulmón): .....Sí o No
- i. Cáncer en los pulmones: .....Sí o No
- j. Costillas quebradas: .....Sí o No
- k. Algún tipo de lesión o cirugía en el pecho:.....Sí o No
- l. Algún otro problema en los pulmones que le ha dicho su médico: .....Sí o No

**4. Corrientemente tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?**

- a. Respiración dificultosa .....Sí o No
- b. Respiración dificultosa cuando camina rápido sobre terreno plano o subiendo una colina: .....Sí o No
- c. Respiración dificultosa cuando camina normalmente con otras personas sobre terreno plano:.....Sí o No
- d. Necesidad de parar para recuperar su respiración cuando camina normalmente en terreno plano?..... Sí o No
- e. Respiración dificultosa cuando se esta bañando o vistiendo..... Sí o No
- f. Respiración dificultosa que le impide trabajar: .....Sí o No
- g. Tos con flema:.....Sí o No
- h. Tos que lo despierta temprano en la mañana:..... Sí o No
- i. Tos que ocurre cuando está acostado:.....Sí o No
- j. Tos con sangre durante el último mes: .....Sí o No
- k. Respirar con mucha dificultad: .....Sí o No

- l. Respirar con mucha dificultad que le impide trabajar:.....Sí o No
- m. Dolor en el pecho cuando respira profundamente:.....Sí o No
- n. Otros síntomas que usted piensa que pueden estar relacionados con problemas en los pulmones:.....Sí o No

**5. Ha tenido alguna vez algunos de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?**

- a. Ataque cardíaco:..... Sí o No
- b. Ataque cerebro-vascular: .....Sí o No
- c. Angina de pecho: .....Sí o No
- d. Falla del corazón:.....Sí o No
- e. Hinchazón en las piernas o pies (que no esté causado por caminar): ..... Sí o No
- f. Arritmia o latidos irregulares del corazón:.....Sí o No
- g. Presión alta: .....Sí o No
- h. Algún otro problema cardiovascular o cardíaco:.....Sí o No

**6. Ha tenido alguna vez algunos de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?**

- a. Dolor de pecho frecuente o presión en el pecho:.....Sí o No
- b. Dolor o presión en el pecho durante actividad física:..... Sí o No
- c. Dolor o presión en el pecho que no lo deja trabajar normalmente:.....Sí o No
- d. En los últimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente:.....Sí o No
- e. Acidez estomacal o indigestión que no está relacionada con la comida:.....Sí o No
- f. Otros síntomas que usted piensa pueden estar relacionados con problemas del corazón o de la circulación.....Sí o No

**7. Está tomando medicamentos por algunos de los siguientes problemas?**

- a. Problemas de la respiración o de los pulmones : .....Sí o No
- b. Problemas del corazón:.....Sí o No
- c. Presión alta:.....Sí o No
- d. Convulsiones: .....Sí o No

**8. Si ha usado un respirador, ha tenido alguna vez alguno de estos problemas?**

(si no ha usado un respirador, marque que no ha usado, y continúe con la pregunta 9.

----- Nunca he usado respirador

- a. Irritación en los ojos: .....Sí o No
- b. Alergias en la piel o sarpullido: .....Sí o No
- c. Ansiedad que ocurre solamente cuando usa el respirador:.....Sí o No
- d. Debilidad o fatiga.....Sí o No
- e. Algún otro problema que le impide usar un respirador:.....Sí o No

**9. Le gustaría hablar con el profesional de salud que va a revisar este cuestionario, en relación a sus respuestas a este cuestionario? .....Sí o No**

Las preguntas 10 a 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):.....Sí o No
- 11. Corrientemente tiene algunos de los siguientes problemas con su vista?
  - a. Usa lentes de contacto: .....Sí o No
  - b. Usa lentes: .....Sí o No

- c. Daltoniano (dificultad para distinguir los colores):.....Sí o No
- d. Tiene algún problema con sus ojos o su vista: .....Sí o No

**12. Ha tenido daño en sus oídos incluyendo rotura del tímpano:.....Sí o No**

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

- a. Dificultad para oír.....Sí o No
- b. Usa un aparato para oír: .....Sí o No
- c. Algún otro problema de la audición o del oído.....Sí o No

**14. Se ha dañado o lastimado la espalda?.....Sí o No**

**15. Tiene alguno de los siguientes problemas músculo-esqueléticos?**

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

**Parte B - Las siguientes preguntas, y otras preguntas no listadas, pueden ser agregadas al cuestionario a discreción del profesional de salud.**

**1. En su trabajo actual, está usted trabajando a grandes alturas (mayores de 5000 pies) o en sitios que tienen menos oxígeno de lo normal?.....Sí o No**

Si la respuesta es Sí, se ha sentido mareado, o ha tenido dificultad para respirar, palpitaciones u otros síntomas cuando trabaja en estas condiciones.....Sí o No

**2. En el trabajo o en su casa, ha estado alguna vez expuesto a solventes peligrosos, sustancias químicas peligrosas en el aire (gases, humo, polvo), o ha tomado su piel contacto con sustancias químicas peligrosas? .....Sí o No**

Si su respuesta es Sí, escriba las sustancias químicas y productos a los que ha estado expuesto, si sabe cuales son:\_\_\_\_\_

**3. Ha trabajado alguna vez con los siguientes materiales o bajo las condiciones anotadas abajo?:**

- a. Asbestos:.....Sí o No
- b. Sílice (proceso de arenado):..... Sí o No
- c. Tungsteno/Cobalto (esmerilado o soldadura):..... Sí o No
- d. Berilio: .....Sí o No
- e. Aluminio:..... Sí o No
- f. Carbón (trabajo en minas).....Sí o No
- g. Hierro: .....Sí o No
- h. Estaño:.....Sí o No
- i. Ambientes polvorientos:.....Sí o No
- j. Cualquier otra exposición peligrosa: .....Sí o No

Si la respuesta a j es Sí, describa las exposiciones peligrosas:

---

**4. Liste cualquier otro segundo trabajo o negocio que usted tenga:**

---

**5. Liste su previos trabajos:**

---

**6. Liste sus pasatiempos:**

---

**7. Ha usted cumplido el servicio militar?**.....Sí o No  
Si la respuesta es Sí, ha estado expuesto a agentes químicos  
o biológicos (durante entrenamiento o combate): ..... Sí o No

**8. Ha trabajado alguna vez en un grupo de HAZMAT (grupo que responde a incidentes y emergencias producidas por materiales peligrosos)**.....Sí o No

**9. Aparte de los medicamentos para la respiración y problemas de los pulmones, problemas del corazón, presión alta, y convulsiones mencionados anteriormente en este cuestionario, está usted tomando algún otro medicamento (incluyendo medicamentos de venta libre, sin receta)?**.....Sí o No

Si la respuesta es Sí, liste esos medicamentos, si usted sabe cuales son:

---

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

- a. filtros HEPA (filtros de alta eficiencia que remueven partículas tóxicas de la atmósfera):.....Sí o No
- b. Elementos purificadores (*canisters*) (por ejemplo, para máscaras para gases): .....Sí o No
- c. Cartuchos (*cartridges*):.....Sí o No

**11. Cuán frecuentemente espera usar un respirador?**

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

**12. Durante el período en que usted usa el respirador, su trabajo es?**

- a. **Ligero** (menos de 200 Kcal por hora):.....Sí o No

Si la respuesta es Sí, cuanto dura este período durante un turno, en promedio: \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos.

Ejemplos de trabajos ligeros son: estar sentado escribiendo, escribiendo a máquina, diseñando, o trabajando en líneas de montaje liviano; o estar parado operando un taladro de pie (de 1 a 3 libras), o controlando máquinas:

b. **Moderado** (200-350 Kcal por hora ):.....Sí o No

Si la respuesta es Sí, cuanto dura este período durante un turno,  
en promedio: \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos.

Ejemplos de trabajos moderado: sentado clavando o limando; manejando un camión o autobús en tráfico pesado; o estar parado taladrando, clavando, trabajando en líneas de montaje, o transfiriendo una carga moderada (de alrededor de 35 libras) a la altura de la cintura; caminando sobre terreno plano a 2 millas por hora o sobre terreno con inclinación de 5 grados a 3 millas por hora; o empujando una carretilla con una carga pesada (de alrededor de 100 libras) sobre terreno plano.

c. **Pesado** (mas de 350 Kcal por hora): .....Sí o No

Si la respuesta es Sí, cuanto dura este período durante un turno,  
en promedio: \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos.

Ejemplos de trabajos pesados: levantando cargas pesadas alrededor de 50 libras) desde el piso hasta la altura de la cintura o los hombros; cargando o descargando; trabajar con la pala; estar de pie trabajando de albañil o martillando y picando moldes; subiendo una superficie con una inclinación de 8 grados, a 2 millas por hora; subiendo escalera con una carga pesada (alrededor de 50 libras).

**13. Va a usar ropa de protección o equipo protectorio (aparte del respirador) cuando use el respirador?.....Sí o No**

Si la respuesta es Sí, describa esta ropa de protección  
y equipo protectorio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Va a estar trabajando en condiciones calurosas (temperaturas de más de 77 grados) ?.....Sí o No**

**15. Va a estar trabajando en condiciones húmedas?.....Sí o 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 confinados, gases tóxicos, etc.)**

\_\_\_\_\_

**18. Provea la siguiente información, si la sabe, para cada sustancia tóxica a la que usted va a estar expuesto cuando use el respirador:**

Nombre de la primera sustancia tóxica \_\_\_\_\_

Máximo nivel de exposición por turno de trabajo \_\_\_\_\_

Tiempo de exposición por turno de trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de la segunda sustancia tóxica \_\_\_\_\_

Máximo nivel de exposición por turno de trabajo\_\_\_\_\_

Tiempo de exposición por turno de trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de la tercera sustancia tóxica\_\_\_\_\_

Máximo nivel de exposición por turno de trabajo\_\_\_\_\_

Tiempo de exposición por turno de trabajo\_\_\_\_\_

El nombre de cualquier otra sustancia tóxica a la cual usted va a estar expuesto cuando use el respirador\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_