



## **Polvo de Algodón**

# **Apéndice B-1      § 1910.1043** **Cuestionario para Protección Respiratoria**

## Apéndice B-1 § 1910.1043 Cuestionario para Protección Respiratoria

### A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. PLANTA : \_\_\_\_\_

2. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL :   \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_

3. APELLIDO: \_\_\_\_\_

4. NOMBRE \_\_\_\_\_

5. FECHA DE LA ENTREVISTA:   \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
  MES                                   DIA                                   AÑO

6. FECHA DE NACIMIENTO:       \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
  MES                                   DIA                                   AÑO

7. DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

8, 9. EDAD: \_\_\_\_\_

10. SEXO:    MASCULINO                    FEMENINO

11. RAZA: \_\_\_\_\_

12. PERSONA ENTREVISTANDO:  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.

13. TURNO DE TRABAJO:        PRIMER                    SEGUNDO                    TERCER

14, 15. ALTURA (PARADO): \_\_\_\_\_ PIES       \_\_\_\_\_ PULGADAS

16, 18. PESO: \_\_\_\_\_ LIBRAS

AREA DE TRABAJO CORRIENTE

Si trabaja en más de un área de trabajo, marque con una "X" el área donde Usted pasa la mayor parte del turno. Si marca "Otro" pero permanece 25 % del turno en una de las áreas especificadas, elija éste área. Si Usted es un empleado del departamento de cardado, marque el área dentro del departamento donde pasa la mayoría del tiempo del turno. (Si está en duda, marque "a través de todas las áreas" (throughout"). Para áreas de trabajo tales como hilado (spinning) y tejido (weaving) donde varias actividades pueden estar involucradas, asegúrese de marcar el área de trabajo específica a la cual el empleado fue asignado. Si el empleado trabaja en más de una zona dentro de un departamento, clasifique como 7 (todas (all)) para ese departamento.

|                                   | Zona de Trabajo<br>Numero | (19) Open | (20) Pick<br>(batido) | Area                               | (21) Card<br>(cardado) | (22) #2<br># 2 | (23) Spin<br>(hilado) | (24) Wind<br>(enrollado) | (25) Twist<br>(retorcido) | (26) Spool<br>(bobinado) | (27) Warp<br>(urdido) | (28) Slash<br>(impregnado) | (29) Weave<br>(tejido) | (30) Other<br>(otros) |
|-----------------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|------------------------------------|------------------------|----------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| EN RIESGO                         | 1                         |           |                       | Cards (cardado)                    |                        |                |                       |                          |                           |                          |                       |                            |                        |                       |
| (Algodon y                        | 2                         |           |                       | Draw (Estirado)                    |                        |                |                       |                          |                           |                          |                       |                            |                        |                       |
| mezcla de algodón)                | 3                         |           |                       | Comb (Peinado)                     |                        |                |                       |                          |                           |                          |                       |                            |                        |                       |
|                                   | 4                         |           |                       | Rove (Formacion/estirado del hilo) |                        |                |                       |                          |                           |                          |                       |                            |                        |                       |
|                                   | 5                         |           |                       | Thru-out (A traves de todos)       |                        |                |                       |                          |                           |                          |                       |                            |                        |                       |
|                                   | 6                         |           |                       |                                    |                        |                |                       |                          |                           |                          |                       |                            |                        |                       |
|                                   | 7 (todas)                 |           |                       |                                    |                        |                |                       |                          |                           |                          |                       |                            |                        |                       |
| Control<br>(Sinteticos<br>y lana) | 8                         |           |                       |                                    |                        |                |                       |                          |                           |                          |                       |                            |                        |                       |
| Ex-trabajador<br>(algodon)        | 9                         |           |                       |                                    |                        |                |                       |                          |                           |                          |                       |                            |                        |                       |

Responda a las palabras específicas de cada pregunta. Coloque una "X" en el recuadro adecuado. Si está en duda, marque "NO". Si no hay cuadrados, marque o dibuje un círculo sobre la respuesta apropiada.

**B. TOS**

31. Usted usualmente tose como primera actividad de la mañana (al levantarse) \* ?  
 (Incluya la tos producida con la primera fumada o con la primera salida afuera.  
 Excluya la clarificación o limpieza de la garganta o una tosida sola)  Sí  No

32. Usted usualmente tose durante el día o durante la noche?  
 (ignore una tos ocasional)  Sí  No

Si respondió "Sí" a una de las preguntas 31 o 32:

33. Usted tose de esa forma la mayoría de los días por períodos de hasta tres meses al año?  Sí  No

34. Usted tose en algún día de la semana en particular?  Sí  No

Si respondió "Sí", que día?  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado

**C. FLEMA**

36. Usted produce flema proviniendo de su pecho como primera cosa al levantarse en la mañana  
 (Incluya la flema producida con la primera fumada o con la primera salida afuera.  
 Excluya la flema que provenga de la nariz. Incluya la flema tragada).  Sí  No

37. Usted usualmente produce flema proveniente de su pecho durante el día o durante la noche?  
 Marque "Sí" si ocurre dos veces o más .  Sí  No

Si respondió "Sí" a las preguntas 36 o 37:

38. Usted produce flema como ésta la mayoría de los días por períodos  
 de hasta 3 meses al año?  Sí  No

\* *Estas palabras son para personas que trabajan de noche.*

Si respondió "Sí" a la pregunta 33 o 38:

39. Cuanto hace que Usted tiene esta tos (o flema)?

1.  2 años o menos      2.  más de 2 años y menos de 9 años      3.  entre 10 y 19 años      4.  más de 20 años

Escriba el número de años \_\_\_\_\_

#### D. ENFERMEDADES DEL PECHO

40. En los últimos 3 años ha tenido Usted un período del año (con aumento) \* \* de tos y flema que ha durado 3 semanas o más?

1.  No      2.  Sí, solamente un período      3.  Sí, 2 o más períodos

41. Durante los "últimos 3 años ha tenido Usted alguna enfermedad del pecho que le impidió trabajar, que lo retuvo en su casa, o en cama? (por un período de una semana, influenza, gripe?)

- Sí       No

Si respondió "Sí" a la pregunta 41:

42. Produjo Usted más flema que la normal durante estas enfermedades?

- Sí       No

Si respondió "Sí" a la pregunta 42:

Durante los últimos 3 años, ha tenido Usted:

43. Solamente una enfermedad con aumento de flema?      1.

44. Más de una de estas enfermedades?      2.

Br. Grade (Calificación) \_\_\_\_\_

\* \* *Para personas que usualmente tienen flema.*

**E. PRESION EN EL PECHO**

45. Alguna vez siente presión en el pecho, o su respiración se torna dificultosa?  Sí  No

46. Siente presión en el pecho o dificultad para respirar en un día de la semana en particular?  
(después de una semana o diez días fuera de la planta?)  Sí  No

47. Si respondió "Sí" a la pregunta 46, qué día?:

|                               |                |               |                  |               |                |               |                |
|-------------------------------|----------------|---------------|------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| Lunes<br>(1)<br>ALGUNAS VECES | (2)<br>SIEMPRE | Martes<br>(3) | Miércoles<br>(4) | Jueves<br>(5) | Viernes<br>(6) | Sábado<br>(7) | Domingo<br>(8) |
|-------------------------------|----------------|---------------|------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|

48. Si respondió "Sí y Lunes" a la pregunta 47, a que hora del lunes Usted siente presión en el pecho o dificultad para respirar?

Antes de entrar al lugar de trabajo  Después de entrar al lugar de trabajo

(Pregunte esta pregunta solamente si respondió "No" a la pregunta 45).

49. En el pasado, ha sentido Usted presión en el pecho o dificultad para respirar en algún día de la semana en particular?

Sí  No

50. Si respondió "Sí" a la pregunta 49, qué día?:

|                               |                |               |                  |               |                |               |                |
|-------------------------------|----------------|---------------|------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| Lunes<br>(1)<br>ALGUNAS VECES | (2)<br>SIEMPRE | Martes<br>(3) | Miércoles<br>(4) | Jueves<br>(5) | Viernes<br>(6) | Sábado<br>(7) | Domingo<br>(8) |
|-------------------------------|----------------|---------------|------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|

**F. FALTA DE AIRE**

51. Si incapacitado para caminar por cualquier condición que no sea enfermedad del corazón o de los pulmones  
Marque una "X" aquí \_\_\_\_\_ y deje las preguntas 52 a la 60 sin preguntar.
52. Estuvo Usted alguna vez afectado por falta de respiración cuando camina apurado en el plano o cuando sube una pequeña pendiente?  Sí  No  
Si la respuesta es "No" la evaluación es 1. Si la respuesta es "Sí" pase a la pregunta siguiente.
53. Siente Usted que le falta el aire cuando camina con otra gente al paso normal en el plano?  Sí  No  
Si la respuesta es "No" la evaluación es 2. Si la respuesta es "Sí" pase a la pregunta siguiente.
54. Tiene Usted que parar para respirar cuando camina a su paso normal en el plano?  Sí  No  
Si la respuesta es "No" la evaluación es 3. Si la respuesta es "Sí" pase a la pregunta siguiente.
55. Siente que le falta el aire cuando se baña o se viste? ?  Sí  No  
Si la respuesta es "No" la evaluación es 4. Si la respuesta es "Sí" el grado o nota es 5.
56. Dyspnea Grd. (Evaluación para Disnea (falta de aire) ) \_\_\_\_\_

**EN LOS LUNES**

57. Estuvo Usted alguna vez afectado por falta de respiración cuando camina apurado en el plano o cuando sube una pequeña pendiente?  Sí  No  
Si la respuesta es "No" la evaluación es 1. Si la respuesta es "Sí" pase a la pregunta siguiente.
58. Siente Usted que le falta el aire cuando camina con otra gente al paso normal en el plano?  Sí  No  
Si la respuesta es "No" la evaluación es 2. Si la respuesta es "Sí" pase a la pregunta siguiente.
59. Tiene Usted que parar para respirar cuando camina a su paso normal en el plano?  Sí  No  
Si la respuesta es "No" la evaluación es 3. Si la respuesta es "Sí" pase a la pregunta siguiente.
60. Siente que le falta el aire cuando se baña o se viste? ?  Sí  No  
Si la respuesta es "No" la evaluación es 4. Si la respuesta es "Sí" el grado o nota es 5.
61. B Grd. (Evaluación) \_\_\_\_\_

**G. HISTORIA DE OTRAS ENFERMEDADES Y ALERGIA**

62. Tiene Usted alguna enfermedad del corazón por la cual está bajo cuidado médico?  Sí  No

63. Ha tenido asma alguna vez?  Sí  No

Si respondió "Sí" a la pregunta 63, cuando empezó?  Antes de la edad de 30 años  Después de la edad de 30 años

64. Si respondió "Antes de la edad de 30 años" ,  
tuvo Usted asma antes de comenzar a trabajar en una planta textil?  Sí  No

65. Ha Tenido Usted fiebre del heno u otras alergias (aparte de lo indicado arriba)?  Sí  No

**H. FUMANDO TABACO \***

66. Usted fuma?  Sí  No  
Marque "Sí" si Usted fue un fumador habitual hasta hace un mes (cigarrillos, cigarros o pipa)

Si Usted respondió "No" a la pregunta 63:

67. Ha Usted fumado alguna vez? (Cigarrillos, cigarros, pipa. Marque "No" si el individuo no ha fumado más de un cigarrillo por día, o una onza de tabaco por mes, por un período no mayor de un año.)

Si respondió "Sí" a la pregunta 63 o a la pregunta 64, que ha fumado, y por cuantos años?  
(Escriba el número de años específico en el cuadrado apropiado)

\* Ha Usted cambiado los hábitos de fumar desde la "ultima entrevista? Si su respuesta es "Sí", especifique cuales son los cambios.

|                 | (1)          | (2)     | (3)       | (4)       | (5)       | (6)       | (7)       | (8)       | (9)         |
|-----------------|--------------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Años fumando    | (menos de 5) | (5 a 9) | (10 a 14) | (15 a 19) | (20 a 24) | (25 a 29) | (30 a 34) | (35 a 39) | (más de 40) |
| 68. Cigarrillos |              |         |           |           |           |           |           |           |             |
| 69. Pipa        |              |         |           |           |           |           |           |           |             |
| 70. Cigarros    |              |         |           |           |           |           |           |           |             |

71. Si fumó cigarrillos, cuantos paquetes por día? (Escriba el número de cigarrillos) \_\_\_\_\_

- menos de medio paquete
  medio paquete, pero menos de un paquete  
 un paquete, pero menos de un paquete y medio
  un paquete y medio, y más

72,73. Número de años fumando un paquete \_\_\_\_\_

74. Si Usted es un ex-fumador, (cigarrillos, cigarros o pipa) cuanto hace que Usted dejó de fumar?  
(Escriba el número de años) \_\_\_\_\_

- 0 a 1 año
  1 a 4 años
  5 a 9 años
  más de 10 años
-

**I. HISTORIA OCUPACIONAL \* \***

Trabajó Usted alguna vez en:

75. Una fundición? (por un período de por lo menos un año)  Sí  No

76. Minería de piedra o minerales, canteras o procesamiento?  
(por un período de por lo menos un año)  Sí  No

77. Molienda o procesamiento de asbestos (alguna vez)

78. Otros polvos, humos? Si su respuesta es "Sí", especifique.

Tipo de exposición \_\_\_\_\_

Duración de la exposición \_\_\_\_\_

\* \* *Pregunte solamente en la primera entrevista.*

A que edad fue Usted por primera vez a trabajar en una planta textil. (Escriba la edad específica en el cuadro adecuado)

| (1)<br>(menos de 20) | (2)<br>(20 a 24) | (3)<br>(25 a 29) | (4)<br>(30 a 34) | (5)<br>(35 a 39) | (6)<br>(más de 40) |
|----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
|                      |                  |                  |                  |                  |                    |

79. Cuando Usted trabajó por primera vez en una planta textil, Usted trabajó con:

1.  algodón o mezcla de algodón

80. 2.  fibra sintética o lana