



YAKIMA
 307 So. 12th Ave, Suite 12
 Yakima WA 98902
 P: 509-895-7340 ■ F: 509-895-7344

TOPPENISH
 220 West 1st Avenue
 Toppenish WA 98948
 P: 509-969-9270

CUESTIONARIO RESPIRATORIO

WAC 296-842-220

Parte 1 – Informacion de Empleado Basica

1. Fecha _____
- 2a. Nombre _____ 2b. Nombre de Compania _____
3. Edad _____ 3a. Fecha de nacimiento _____ 4. Sexo Hombre Mujer
5. Cuanto mide ____ pies ____ pulgadas 6. Cuanto pesa ____ libras 7. Titulo o tip de trabajo _____
8. Numero de telefono donde pueda comunicarse el profesional de salud que haya revisado su cuestionario (____) _____
9. La mejor hora para llamarle a este numero (tiempo) _____ (circule uno) am pm
10. Le a dicho su patron como ponerse en contacto con el profesional de salud que revisara este cuestionario? (circule uno) Si No
11. Anote el tipo de respirado que va a utilizar (puede anotar mas de una categoria)
- Mascarilla disponible Respirador de media careta Respirador de careta completa Respirador de casco
- Respirador con manguera Respirador no electrico de cartuchos o de bote Respirador con linea de aire
- Aparato respiratorio autonomo SCBA
12. Ha usado algun tipo de respirador? Si No Si es que si, que tipo?

Parte 2 – Informacion General de Salud

1. Corrientemente, fuma tabaco o ha fumado durante el mes pasado?..... Si No
2. Ha tenido algunas de las siguientes condiciones medicas?
- a. Convulsiones..... Si No
- b. Diabetes (azucar en la sangre)..... Si No
- c. Reacciones alergicas que interfieren con su respiracion..... Si No
- d. Claustrofobia (miedo de estar en espacios cerrados)..... Si No
- e. Dificultad de oler..... Si No
3. Ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares o problemas de pulmon?
- a. Asbestosis..... Si No
- b. Asma..... Si No
- c. Bronquitis cronica..... Si No
- d. Enfisema..... Si No
- e. Pulmonia..... Si No
- f. Tuberculosis..... Si No
- g. Silicosis..... Si No
- h. Neumothorax (pulmon colapsado)..... Si No
- i. Cancer del pulmon..... Si No
- j. Costillos rotas..... Si No
- k. Lesiones o cirugias en el pecho..... Si No
- l. Cualquier otro problemas pulmonares..... Si No
4. Actualmente, tiene usted algunos de los sintomas siguientes de enfermedades pulmonares or problemas del pulmon?
- a. Respiracion dificultosa..... Si No
- b. Respiracion dificultosa al caminar rapidamente en lugares planos o al caminar en una colina Si No
- c. Respiracion dificultosa al caminar con gente en un paso ordinario en lugares planos..... Si No
- d. Tiene que pararse a respirar al caminar en su propio paso en lugares planos..... Si No
- e. Problemas de respiracion al banarse o al vestirse..... Si No
- f. Respiracion difiultosa que interfiere con su trabajo..... Si No

g. Tos que produce flema (esputo grueso)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
h. Tos que lo despierta temprano en las mañana.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
i. Tos que ocurre generalmente cuando esta acostado.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
j. Tos con sangre en el mes pasado.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
k. Respiracion jadeante.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
l. Respiracion jadeante que interfiere con su trabajo.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
m. Dolor en el pecho cuando respira profundamente.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
n. Cualquier otro sintome que usted piense se relacione a problemas del pulmon.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5. Ha tenido en el pasado cualquiera de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazon?		
a. Ataque del corazon	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
b. Ataque cerebrovascular.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
c. Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
d. Paro cardiaco.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
e. Hinchazon del de los pies o piernas (no causada por caminar)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
f. Arritmia del corazon	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
g. Alta presion.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
h. Cualquier otro problema del corazon que usted sepa.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6. Ha tenido en el pasado cualquiera de los siguientes sintomas cardiovasculares o del corazon?		
a. Dolor en el pecho o pecho apretado.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
b. Dolor en el pecho o pecho apretado durante actividad fisica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
c. Dolor en el pecho o pecho apretado que lo deja trabajar normalmente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
d. En los ultimos dos años, ha notado que el corazon le salta, que falla un latido.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
e. Acedias o indigestion o que no se relacionen con la comida.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
f. Cualquier otro sintoma que usted piense puede ser causado por los problemas del corazon o de la circulacion.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7. Esta tomando medicina para alguno de los siguientes problemas?		
a. Problemas de la respiracion o del pulmon	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
b. Problemas del corazon.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
c. Alta presion.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
d. Convulsiones.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8. Si ha usado un respirador, ha tenido algunos de los siguientes problemas? (si nunca ha usado, pase a la pregunta 9)		
a. Irritacion en los ojos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
b. Alergias o erupciones de la piel	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
c. Ansiedad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
d. Debilidad general o fatiga des acostumbrada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
e. Cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9. Le gustaria hablar sobre las respuestas con el profesional de salud que revisara este cuestionario?		
	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Parte 3 – Obligatorio Para Usuarios de SCBA o Respiradores de Careta Completa

10. Ha perdido la vista en cualquier ojo (temporalmente o permanentemente)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
11. En la actualidad, tiene cualesquiera de los problemas siguientes con la vista?		
a. Usa lentes de contacto.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
b. Usa lentes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
c. Daltonismo (dificultad de distinguir colores).....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
d. Tiene problemas con los ojos o la vista.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
12. Ha sufrido una lesion en los oidos, incluyendo rotura del timpano?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
13. Actualmente, tiene algunos de los siguientes problemas para oír?		
a. Dificultad para oír.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
b. Usa un aparato para oír.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
c. Tiene algun otro problema en los oidos o dificultad de escuchar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
14. Se ha danado o lastimado la espalda?.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
15. Tiene en la actualidad uno de los siguientes problemas musculoesqueletales?		
a. Debilidad en los brazos, manos, piernas, o pies	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
b. Dolor de espalda.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
c. Dificultad para mover completamente los brazos y las piernas.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
d. Dolor o engarrotamiento cuando se inclina para adelante o para atras	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
e. Dificultad para mover la cabeza completamente arriba o para abajo.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
f. Dificultad para mover la cabeza a los lados.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
g. Dificultad para agacharse doblando las rodillas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
h. Dificultad para agacharse hasta tocar el piso.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
i. Dificultad de subir una escalera cargando mas de 25 libras	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
j. Algun otro problema muscular o esquelético que interfiera con el uso del respirador.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No