

OSHA Initial Asbestos Questionnaire (Mandatory)

Patient: _____ **Address:** _____ **Employer:** _____
SSN: _____ **DOB:** _____ **Phone:** _____
Place of Birth: _____ **Sex:** ___ Male ___ Female
Marital Status: ___ Single ___ Married ___ Widowed ___ Separated/Divorced
Race: ___ White ___ Black ___ Asian ___ Hispanic ___ Indian ___ Other _____
Highest grade completed in school: _____
(ex: 12 years is completion of high school)

OCCUPATIONAL HISTORY (HISTORIA OCUPACIONAL)

1. Have you ever worked full-time (30 hours per week or more) for 6 months or more? Yes _____ No _____
(¿Alguna vez ha trabajado a tiempo completo [30 horas por semana o más] durante 6 meses o más?)
IF YES TO 1A: (SI SI A 1A)

A. Have you ever worked for a year or more in any dusty job? Yes _____ No _____
(¿Ha trabajado durante un año o más en cualquier trabajo polvoriento?)
Does not apply _____
(No se aplica)

Specify job/industry _____ Total years worked _____
(Especificar trabajo/industria) (Total de años trabajados)
Was dust exposure: Mild _____ Moderate _____ Severe _____
(Era la exposición al polvo) (Leve) (Moderado) (Severo)

B. Have you ever been exposed to gas or chemical fumes in your work? Yes _____ No _____
(¿Alguna vez ha estado expuesto a gas o vapores químicos en su trabajo?)

Specify job/industry _____ Total years worked _____
(Especificar trabajo/industria) (Total de años trabajados)
Was exposure: Mild _____ Moderate _____ Severe _____
(Fue la exposición) (Leve) (Moderado) (Severo)

C. What has been your usual occupation or job—the one you have worked at the longest?
(¿Cuál ha sido su ocupación o trabajo habitual—la que tiene trabajado en el más largo?)

1. Job occupation _____
(Ocupación)
2. Number of years employed in this occupation _____
(Número de años empleados en esta ocupación)
3. Position/job title _____
(Posición / cargo)
4. Business, field, or industry _____
(Negocios, campo o la industria)

(Record on lines the years in which you have worked in any of these industries, e.g., 1960-1969)
(Expediente de líneas de los años en los que ha trabajado en cualquiera de estos industrias, por ejemplo 1960-1969)

Patient:

DOB:

Service Date:

2. Have you ever worked:
(¿Alguna vez ha trabajado?)

Y N In a mine? _____ (En una mina?)	Y N In a quarry? _____ (En una cantera?)	Y N In a foundry? _____ (En una fundición?)
Y N In a pottery? _____ (En una cerámica?)	Y N In a cotton, flax, or hemp mill? _____ (En un molino de algodón, lino o cáñamo?)	Y N With asbestos? _____ (Con el amianto?)

PAST MEDICAL HISTORY (HISTORIA médico reciente)

3. Do you consider yourself to be in good health? Yes _____ No _____
(¿Se considera usted que estar en buenas salud?)

If "No" state reason _____
(Si "NO" razón de estado)

A. Have you any defect of vision? Yes _____ No _____
(Tiene algún defecto de la visión?)

If "Yes" state nature of defect _____
(Si "Sí" estado de naturaleza defecto)

B. Have you any hearing defect? Yes _____ No _____
(Tiene algún defecto auditivo?)

If "Yes" state nature of defect _____
(Si "Sí" estado de naturaleza defecto)

C. Are you suffering from or have you ever suffered from:
(¿Usted está sufriendo de o ha sufrido alguna vez:)

Y N Epilepsy (or fits, seizures, convulsions)? (¿Epilepsia (o ataques, convulsiones, convulsiones)?)	Y N Rheumatic fever? (¿Fiebre reumática?)	Y N Kidney disease? (¿Enfermedad del riñon?)
Y N Bladder disease? (¿enfermedad de la vejiga?)	Y N Diabetes? (¿Diabetes?)	Y N Jaundice? (¿Ictericia?)

CHEST COLDS AND CHEST ILLNESSES (PECHO resfriados y ENFERMEDADES CHEST)

4. If you get a cold, does it "usually" go to your chest? (Usually means more than 1/2 the time) (Si obtiene un resfriado, lo hace "por lo general" Cesta de la pecho? (Por lo general, significa más de 1/2 del tiempo) Yes _____ No _____
Don't get colds _____
(No tener resfriados)

5. During the past 3 years, have you had any chest illnesses that have kept you off work, indoors, at hor, or in bed? (Durante los últimos 3 años, ha tenido alguna enfermedad del pecho que se han mantenido fuera del trabajo, en el interior como en casa, o en la cama?) Yes _____ No _____

IF YES TO 5: (SI SI A 5:)

A. Did you produce phlegm with any of these chest illnesses? Yes _____ No _____
(¿usted produce flema con cualquiera de estas enfermedades en el pecho?) Does not apply _____
(No se aplica)

B. In the last 3 years, how many such illnesses with (increased) phlegm did you have which lasted a week or more? (¿En los últimos 3 años, cuántos dichas enfermedades con [aumento] flema ha tenido que duró una semana o más?)

Number of illnesses _____ No such illnesses _____
(Número de enfermedades) (Ninguna de estas enfermedades)

6. Did you have any lung trouble before the age of 16? Yes _____ No _____
(¿Ha tenido algún problema pulmonar antes de los 16 años?)

Patient:

DOB:

Service Date:

7. Have you ever had any of the following:
(¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes?)

A. Attacks of bronchitis?

(¿Ataques de bronquitis?)

IF YES TO A: (SI SI A A:)

1. Was it confirmed by a doctor?

(¿Se ha confirmado por un médico?)

Yes _____ No _____

Yes _____ No _____ Does not apply _____
(no se aplica)

2. At what age was your attack?

(¿A qué edad fue tu primer ataque?)

Age in Years _____ Does not apply _____
(Edad en años) (no se aplica)

B. Pneumonia (include bronchopneumonia)?

(Neumonía [incluya la bronconeumonía]?)

IF YES TO B: (SI SI A B:)

1. Was it confirmed by a doctor?

(¿Se ha confirmado por un médico?)

Yes _____ No _____

Yes _____ No _____ Does not apply _____
(no se aplica)

2. At what age did you first have it?

(¿A qué edad comienza a tenerlo?)

Age in Years _____ Does not apply _____
(Edad en años) (no se aplica)

C. Hay fever?

(¿Fiebre de heno?)

IF YES TO C: (SI SI A C:)

1. Was it confirmed by a doctor?

(¿Se ha confirmado por un médico?)

Yes _____ No _____

Yes _____ No _____ Does not apply _____
(no se aplica)

2. At what age did it start?

(¿A qué edad empezó?)

Age in Years _____ Does not apply _____
(Edad en años) (no se aplica)

8. Have you ever had chronic bronchitis?

(¿Alguna vez ha tenido la bronquitis crónica?)

IF YES TO 8: (SI SI A 8:)

A. Do you still have it?

(¿Todavía tiene que?)

Yes _____ No _____

Yes _____ No _____ Does not apply _____
(no se aplica)

B. Was it confirmed by a doctor?

(¿Se ha confirmado por un médico?)

Yes _____ No _____ Does not apply _____
(no se aplica)

C. At what age did it start?

(¿A qué edad empezó?)

Age in Years _____ Does not apply _____
(Edad en años) (no se aplica)

9. Have you ever had emphysema?

(¿Alguna vez ha tenido enfisema?)

IF YES TO 9: (SI SI A 9:)

A. Do you still have it?

(¿Todavía tiene que?)

Yes _____ No _____

Yes _____ No _____ Does not apply _____
(no se aplica)

B. Was it confirmed by a doctor?

(¿Se ha confirmado por un médico?)

Yes _____ No _____ Does not apply _____
(no se aplica)

C. At what age did it start?

(¿A qué edad empezó?)

Age in Years _____ Does not apply _____
(Edad en años) (no se aplica)

Patient:

DOB:

Service Date:

10. Have you ever had asthma? Yes _____ No _____
(¿Alguna vez ha tenido asma?)
IF YES TO 10: (SI SI A 10:)
- A. Do you still have it? Yes _____ No _____ Does not apply _____
(¿Todavía tiene que?) (no se aplica)
- B. Was it confirmed by a doctor? Yes _____ No _____ Does not apply _____
(¿Se ha confirmado por un médico?) (no se aplica)
- C. At what age did it start? Age in Years _____ Does not apply _____
(¿A qué edad empezó?) (Edad en años) (no se aplica)
- D. If you no longer have it, at what age did it stop? (Si ya no lo tienen, a qué edad se detiene?) Age Stopped _____ Does not apply _____
(Edad detenido) (no se aplica)
11. Have you ever had:
(¿Ha tenido alguna vez:)
- A. Any other chest illness Yes _____ No _____
(Cualquier otra enfermedad en el pecho?)
If yes, please specify _____
(En caso afirmativo, especifique)
- B. Any chest operations? Yes _____ No _____
(Cualquier operación de pecho?)
If yes, please specify _____
(En caso afirmativo, especifique)
- C. Any chest injuries? Yes _____ No _____
(Cualquier tipo de lesión?)
If yes, please specify _____
(En caso afirmativo, especifique)
12. Has a doctor ever told you that you have heart trouble? Yes _____ No _____
(¿Alguna vez un médico le dijo que tenía problemas del corazón?)
IF YES TO 12: (SI SI A 12:)
- A. Have you ever had treatment for heart trouble in the past 10 years? Yes _____ No _____
(¿Ha tenido tratamiento para problemas del corazón en el pasado 10 años?)
13. Has a doctor told you that you had high blood pressure? Yes _____ No _____
(¿Tiene un médico le dijo que tenía la presión arterial alta?)
IF YES TO 13: (SI SI A 13:)
- A. Have you had any treatment for high blood pressure (hypertension) in the past 10 years? Yes _____ No _____
(¿Ha tenido algún tratamiento para la hipertensión arterial (Hipertensión] de los últimos 10 años?) Does not apply _____
(No se aplica)
14. When did you last have your chest X-rayed? (year) _____
(¿Cuándo fue la última vez que su pecho por rayos X?) (Año)
15. Where did you last have your chest X-rayed? (if known) _____
(¿Cuándo fue la última vez tenga su pecho por rayos X [si se conoce]?)
- A. What was the outcome? _____
(¿Cuál fue el resultado)

Patient:

DOB:

Service Date:

FAMILY HISTORY (HISTORIA FAMILIAR)

16. Were either of your natural parents ever told by a doctor that they had a chronic lung condition, such as:
(¿Se Alguno de sus padres naturales jamás contada por un médico que que tenían una enfermedad pulmonar crónica, tales como:)

	FATHER (PADRE)		
	Yes	No	Don't Know (conoce sabe)
Chronic Bronchitis? (La bronquitis crónica?)			
Emphysema? (El enfisema?)			
Asthma? (asma?)			
Lung cancer? (cáncer de pulmón)			
Other chest conditions? (Otras condiciones pecho?)			
Is parent currently alive? (Es padre actualmente vivo?)			

	MOTHER (MADRE)		
	Yes	No	Don't Know (conoce sabe)

Please specify: (Por favor especifique:)

_____ Age if living (Edad si viven)
 _____ Age at death (a la edad)
 _____ Don't know (No sé)

_____ Age if living (Edad si viven)
 _____ Age at death (a la edad)
 _____ Don't know (No sé)

Please specify cause of death: (Por favor, especifique la causa de muerte:)

COUGH (tos)

17. Do you usually have a cough? (Count a cough with first smoke or on first going out of door. Exclude clearing of throat.) (¿En general, tiene tos? [Contar con una tos primer humo o en primer lugar de ir a la intemperie. Excluir de compensación de la garganta.] Yes_____ No_____

If no, skip to question 17B. (Si no, pase a la pregunta 17B.)

A. Do you usually cough as much as 4 to 6 times a day 4 or more days out of the week? Yes_____ No_____ (¿Normalmente tos tanto como 4 a 6 veces al día 4 o más días fuera de la semana?)

B. Do you usually cough at all on getting up or first thing in the morning? Yes_____ No_____ (¿Normalmente tos en absoluto al levantarse o primera hora de la Mañana?)

C. Do you usually cough at all during the rests of the day or at night? Yes_____ No_____ (¿Normalmente tos en absoluto durante el resto del día o por lo noche?)

IF YES TO ANY OF THE ABOVE (17, 17A, 17B, OR 17C), ANSWER THE FOLLOWING. IF NO TO ALL, CHECK "DOES NOT APPLY" AND SKIP TO NEXT QUESTION. (SI SI A cualquiera de los anteriores [17, 17A, 17B, o 17C], responder a la siguiente. SI NO A TODOS, marque "NO APLICA" Y PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA.)

D. Do you usually cough like this on most days for 3 consecutive months or more during the year? (¿Normalmente tos de este tipo en casi todos los días durante 3 consecutiva meses o más durante el año?) Yes_____ No_____ Does not apply_____ (No se aplica)

Patient:

DOB:

Service Date:

E. For how many years have you had the cough? (age in years) _____ Does not apply _____
¿Por cuántos años ha tenido la tos? (No se aplica)

18. Do you usually bring up phlegm from your chest? (Count phlegm with the first smoke or on first going out of doors. Exclude phlegm from the nose. Count swallowed phlegm.) Yes _____ No _____
(¿En general, sacar la flema de su pecho? Count flema con el primer humo o en la primera de salir de puertas. Excluir la flema de la nariz. Contar flema ingestión.)

IF NO, SKIP TO 18B. (SI NO, PASE A 18B.)

A. Do you usually bring up phlegm like this as much as twice a day 4 or more days out of the week? (¿En general, sacar la flema como esto tanto como dos veces al día 4 o más días fuera de la semana?) Yes _____ No _____

B. Do you usually bring up phlegm at all on getting up or first thing in the morning? (¿En general, sacar la flema del todo al levantarse o el primer hora de la mañana?) Yes _____ No _____

C. Do you usually bring up phlegm at all on during the rest of the day or at night? (¿Normalmente sacar la flema en absoluto durante el resto de el día o la noche?) Yes _____ No _____

IF YES TO ANY OF THE ABOVE (18, 18A, 18B, OR 18C), ANSWER THE FOLLOWING: IF NO TO ALL, CHECK "DOES NOT APPLY" AND SKIP TO 19. (Si Si a cualquiera de los anteriores [18, 18A, 18B, o 18C], responda lo siguiente SI NO A TODOS, marque "No se aplica" y pase a 19.)

D. Do you bring up phlegm like this on most days for 3 consecutive months or more during the year? (traéis flema como esto en la mayoría de los días durante 3 consecutivos meses o más durante el año?) Yes _____ No _____ Does not apply _____
(No se aplica)

E. For how many years have you had trouble with phlegm? (number of years) _____ Does not apply _____
(¿Por cuántos años ha tenido problemas con la flema?) (No se aplica)

EPISODES OF COUGH AND PHLEGM (EPISODIOS DE TOS Y FLEMA)

19. Have you had periods or episodes of (increased*) cough and phlegm lasting for 3 weeks or more each year? *(for persons who usually have cough and/or phlegm) Yes _____ No _____
(¿Ha tenido períodos o episodios de (aumento *) para la tos y la flema que dura 3 semanas o más cada año?
* (Para las personas que suelen tener tos y / o flema)

IF YES TO 19: (SI SI A 19:)

A. For how long have you had at least 1 such episode per year? (number of years) _____ Does not apply _____
(¿Por cuánto tiempo ha tenido al menos 1 de estos episodios por año?) (No se aplica)

WHEEZING (SIBILANCIA)

20. Does your chest ever sound wheezy or whistling: (¿Tiene su pecho cada vez suene sibilante o silbido?)

Y N When you have a cold? (Cuando se tiene un resfriado?)

Y N Occasionally apart from colds? (De vez en cuando, aparte de los resfriados?)

Y N Most days or nights? (La mayoría de los días o noches?)

IF YES TO 20: (SI SI A 20:)

A. For how many years has this been present? Number of years _____ Does not apply _____
(Por cuántos años ha estado presente esta?) (Número de años) (no se aplica)

21. Have you ever had an attack of wheezing that has made you feel short of breath? Yes _____ No _____
(¿Ha tenido un ataque de sibilancias que te ha hecho sentir dificultad para respirar?)

IF YES TO 21: (SI SI A 21:)

Patient:

DOB:

Service Date:

- A.** How old were you when you had your first such attack? (¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer ataque?) Age in years _____ (Edad de años) Does not apply _____ (no se aplica)
- B.** Have you had 2 or more episodes? (¿Ha tenido 2 o más episodios de este tipo?) Yes _____ No _____ Does not apply _____ (no se aplica)
- C.** Have you ever required medicine or treatment for the(se) attack(s)? (¿Alguna vez medicamento o tratamiento para el (SE) requerido ataque(s)?) Yes _____ No _____ Does not apply _____ (no se aplica)

BREATHLESSNESS (DIFICULTAD PARA RESPIRAR)

22. If disabled from walking by any condition other than heart or lung disease, please describe and proceed to question 24. (Si está desactivado desde caminar por cualquier condición que no sea del corazón o enfermedad pulmonar, por favor describir y pasar a la pregunta 24.) _____

- 23.** Are you troubled by shortness of breath when hurrying on the level or walking up a slight hill? (¿Está preocupado por la falta de aire al precipitarse sobre el nivel o subiendo una colina?) Yes _____ No _____
IF YES TO 23: (SI SI A 23:)
- A.** Do you have to walk slower than people of your age on the level because of breath lessness? (¿Tiene que caminar más lento que la gente de su edad en el nivel debido a la falta de aire?) Yes _____ No _____ Does not apply _____ (No se aplica)
- B.** Do you ever have to stop for breath when walking at your own pace on the level? (¿Alguna vez tiene que parar para respirar cuando camina a su propio ritmo en el nivel?) Yes _____ No _____ Does not apply _____ (No se aplica)
- C.** Do you ever have to stop for breath after walking about 100 yards (or after a few minutes) on the level? (¿Alguna vez tiene que parar para respirar después de caminar unos 100 yardas [o después de unos minutos] en el nivel?) Yes _____ No _____ Does not apply _____ (No se aplica)
- D.** Are you too breathless to leave the house or breathless on dressing or climbing one flight of stairs? (¿usted también aliento a salir de la casa o el aliento de vestir o subir un tramo de escaleras?) Yes _____ No _____ Does not apply _____ (No se aplica)

TOBACCO SMOKING (DE TABACO PARA FUMAR)

24. Have you ever smoked cigarettes? (No means less than 20 packs of cigarettes or 12 oz. of tobacco in a lifetime or less than 1 cigarettes a day for 1 year.) (¿Alguna vez ha fumado cigarrillos? [No significa menos de 20 cajetillas de cigarrillos o 12 oz de tabaco en un curso de la vida o de menos de 1 cigarrillo al día durante 1 año.]) Yes _____ No _____

IF YES TO 24: (SI SI A 24:)

- A.** Do you now smoke cigarettes (as of one month ago)? (¿fuma cigarrillos [como de hace un mes]?) Yes _____ No _____ Does not apply _____ (No se aplica)
- B.** How old were you when you first started regular cigarette smoking? (¿Qué edad tenía cuando comenzó cigarrillo normal de fumar?) Age in years _____ (Edad en años) Does not apply _____ (No se aplica)
- C.** If you have stopped smoking cigarettes completely, how old were you when you stopped? (Si ha dejado de fumar cigarrillos por completo, ¿qué edad tenías cuando dejó?) Age stopped _____ (Edad detuvo) Check if still smoking _____ (Compruebe si todavía humeante) Does not apply _____ (No se aplica)

Patient:

DOB:

Service Date:

- D. How many cigarettes do you smoke per day now? (¿Cuántos cigarrillos fuma al día ahora?) Number of Days _____ Does not apply _____
(Número de días) (No se aplica)
- E. On the average of the entire time you smoked, how many cigarettes did you smoke per day? (En el promedio de toda la vez que fumó, ¿cuántos cigarrillos fumaba al día?) Cigarettes per day _____ Does not apply _____
(No se aplica) (Cigarrillos por día)
- F. Do or did you inhale the cigarette smoke? (Do o es que inhalan el humo del cigarrillo?) Does not apply _____ Not at all _____
(No se aplica) (No, en absoluto)

Slightly _____ Moderately _____ Deeply _____
(Ligeramente) (Moderadamente) (Profundamente)

25. Have you ever smoked a pipe regularly? (Yes means more than 12 oz of tobacco in a lifetime.) (¿Alguna vez ha fumado un tubo con regularidad? [Sí significa que más de 12 onzas de tabaco en un curso de la vida.]) Yes _____ No _____

IF YES TO 25: (SI SI A 25:)

FOR PERSONS WHO HAVE EVER SMOKED A PIPE (para personas que han fumado alguna vez UN TUBO)

- A. How old were you when you started to smoke a pipe regularly? (¿Qué edad tenía cuando empezó a fumar un tubo con regularidad?) Age in years _____
(Edad en años)
- B. If you have stopped smoking a pipe completely, how old were you when you stopped? (Si ha dejado de fumar en pipa por completo, ¿qué edad tenía cuando dejó?) Age in years _____ Check if still smoking pipe _____
(Edad en años) (Comprobar si todavía humeante pipa)
- C. On the average over the entire time you smoked a pipe, how much pipe tobacco did you smoke per week? (a standard pouch of tobacco contains 1½ oz.) (Sobre el promedio durante todo el tiempo que fumaba en pipa, cómo tanto el tabaco de pipa fumaste por semana? {Una bolsa estándar de tabaco contiene 1½ oz.}) Does not apply _____
(No se aplica)
- Oz. per week _____ Does not apply _____
(onz. por semana) (No se aplica)
- D. How much pipe tobacco are you smoking now? (¿Cuánto tabaco de pipa de fumar ahora estás?) Oz. per week _____ Not currently smoking a pipe _____
(onz. por semana) (No está fumando una pipa)
- E. Do you or did you inhale the pipe smoke? (¿Tiene o se inhala el humo de la pipa?) Never smoked _____ Not at all _____
(Nunca fumado) (No, en absoluto)

Slightly _____ Moderately _____ Deeply _____
(Ligeramente) (Moderadamente) (Profundamente)

26. Have you ever smoked cigars regularly? (Yes means more than 1 cigar a week for a year.) (¿Alguna vez ha fumado cigarros con regularidad? [Sí significa más de 1 cigarros a la semana durante un año.]) Yes _____ No _____

IF YES TO 26: (SI SI A 26:)

FOR PERSONS WHO HAVE EVER SMOKED CIGARS (Para personas que han fumado alguna vez A CIGARROS)

- A. How old were you when you started smoking regularly? (¿Qué edad tenía cuando comenzó fumar cigarros con regularidad?) Age in years _____
(Edad en años)

Patient: _____

DOB: _____

Service Date: _____

B. If you have stopped smoking cigars completely, how old were you when you stopped? (Si ha dejado de fumar puros por completo, la edad que tenía cuando tú parasite?)

Age in years _____
(Edad en años)
Does not apply _____
(No se aplica)

Check if still smoking cigars _____
(Comprobar si todavía humeante cigarros)

C. On the average over the entire time you smoked cigars, how many cigars did you smoke per week? (Sobre el promedio durante todo el tiempo que fumaba puros, ¿cómo fumar por semana)

Cigars per week _____
(Cigarros por semana)

Does not apply _____
(No se aplica)

D. How many cigars are you smoking per week? (Cuántos cigarros fumas cigarros por semana ahora?)

Cigars per week _____
(Cigarros por semana)

Check if not smoking cigars currently _____
(Compruebe si no fumar puros en la actualidad)

E. Do you or did you inhale the cigarette smoke? (¿inhalar el humo del cigarro?)

Never smoked _____
(Nunca fumado)

Not at all _____
(No, en absoluto)

Slightly _____
(Ligeramente)

Moderately _____
(Moderadamente)

Deeply _____
(Profundamente)

Applicant's Signature: _____ Date: _____
(Firma del solicitante) (Fecha)

Clinician's Signature: _____ Date: _____

Clinician's Name Printed: _____