

**Concentra Medical Center**  
123 Street Address Town, State 12345  
Phone: (123) 456-7890 Fax: (123) 456-7890

Service Date: \_\_\_\_\_

## OSHA Respirator Medical Evaluation Questionnaire (Mandatory) Cuestionario de evaluación médica del respirador de OSHA (obligatorio)

**To the employer:** Answers to questions in Section 1, and to question 9 in Section 2 of Part A, do not require a medical examination.

**To the employee:** Your employer must allow you to answer this questionnaire during normal working hours, or at a time and place that is convenient to you. To maintain your confidentiality, your employer or supervisor must not look at or review your answers, and your employer must tell you how to deliver or send this questionnaire to the health care professional who will review it.

### Part A. Section 1. (Mandatory)

The following information must be provided by every employee who has been selected to use any type of respirator (please print).

**Para el empleador:** Las respuestas a las preguntas de la Sección 1 y a la pregunta 9 de la Sección 2 de la Parte A no necesitan un examen médico.

**Para el empleado:** Su empleador debe permitirle responder este cuestionario durante las horas normales de trabajo, o en un momento y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener su confidencialidad, su empleador o supervisor no debe mirar o revisar sus respuestas, y debe decirle cómo entregar o enviar este cuestionario al profesional de atención médica que lo revisará.

### Parte A. Sección 1. (Obligatorio)

Cada empleado que haya sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador debe dar la siguiente información (en letra de imprenta).

Today's date: \_\_\_\_\_  
Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Your name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Your age (to nearest year): \_\_\_\_\_  
Su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Su edad (al año más cercano): \_\_\_\_\_

Sex:  Male  Female Your height: \_\_\_\_\_ ft. \_\_\_\_\_ in. Your weight: \_\_\_\_\_ lbs.  
Sexo: Masculino Femenino Su altura: \_\_\_\_\_ pies. Su peso: \_\_\_\_\_ libras.

Your job title: \_\_\_\_\_ Employee ID/Alternative ID: \_\_\_\_\_  
El título de su trabajo: \_\_\_\_\_ ID de Empleado/ID Alternativo \_\_\_\_\_

A phone number where you can be reached by the health care professional who reviews this questionnaire (include the Area Code): \_\_\_\_\_  
Un número de teléfono donde el profesional de atención médica que revise este cuestionario lo pueda contactar (incluya el Código de área): \_\_\_\_\_

The best time to phone you at this number: \_\_\_\_\_  
El mejor momento para llamarlo a este número: \_\_\_\_\_

Has your employer told you how to contact the health care professional who will review this questionnaire?  Yes/Sí  No/No  
¿Su empleador le dijo cómo comunicarse con el profesional atención médica que revisará este cuestionario?

Check the type of respirator you will use (you can check more than one category):  
Verifique el tipo de respirador que usará (puede marcar más de una categoría):

\_\_\_\_\_ N, R, or P disposable respirator (filter-mask, non-cartridge type only).  
Respirador desechable N, R o P (máscara con filtro, solo del tipo sin cartucho).

\_\_\_\_\_ Other type (for example, half- or full-facepiece type, powered-air purifying, supplied-air, self-contained breathing apparatus).  
Otro tipo (por ejemplo, tipo de máscara de media cara o completa, purificador de aire alimentado, aire suministrado, aparato de respiración autónomo).

Have you worn a respirator?  Yes/Sí  No/No  
¿Ha usado un respirador?

If "yes," what type(s): \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es sí, qué tipo (s) \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Employee ID/Alternative ID: \_\_\_\_\_ Service Date: \_\_\_\_\_

## OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

### Part A. Section 2. (Mandatory)

Questions 1 through 9 below must be answered (“yes” or “no”) by every employee who has been selected to use any type of respirator.

**Please explain the details of all “yes” answers in section 2, Part A.**

### Parte A. Sección 2. (Obligatorio)

Cada empleado que haya sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador debe responder las preguntas 1 a 9 de abajo (“sí” o “no”).

**Explique los detalles de las respuestas en las que respondió “sí” en la Parte A de la sección 2.**

|  | Yes/Sí                   | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Do you currently smoke tobacco, or have you smoked tobacco in the last month?<br>¿Fuma tabaco actualmente o ha fumado tabaco en el último mes?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Have you ever had any of the following conditions?<br>¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Seizures<br>Convulsiones  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Diabetes (sugar disease)<br>Diabetes (enfermedad del azúcar)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Allergic reactions that interfere with your breathing<br>Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Claustrophobia (fear of closed-in places)<br>Claustrofobia (miedo a lugares cerrados)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Trouble smelling odors<br>Problemas para oler olores  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Have you ever had any of the following pulmonary or lung problems?<br>¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Asbestosis<br>Asbestosis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Asthma<br>Asma  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Chronic bronchitis<br>Bronquitis crónica  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Emphysema<br>Enfisema   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Pneumonia<br>Neumonía   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tuberculosis<br>Tuberculosis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Silicosis<br>Silicosis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Pneumothorax (collapsed lung)<br>Neumotórax (colapso pulmonar)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Lung cancer<br>Cáncer de pulmón   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Broken ribs<br>Costillas rotas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Any chest injuries or surgeries<br>Cualquier lesión en el pecho o cirugías  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Any other lung problem that you’ve been told about<br>Cualquier otro problema pulmonar que le hayan informado   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Do you currently have any of the following symptoms of pulmonary or lung illness?<br>¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Shortness of breath<br>Falta de aire  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Shortness of breath when walking fast on level ground or walking up a slight hill or incline<br>Falta de aire cuando camina rápido en terreno llano o cuando sube una pequeña colina o pendiente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Patient: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Employee ID/Alternative ID: \_\_\_\_\_ Service Date: \_\_\_\_\_

## OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

|  | Yes/Sí                   | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| c. Shortness of breath when walking with other people at an ordinary pace on level ground<br>Falta de aire cuando camina con otras personas a un ritmo normal en terreno llano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Have to stop for breath when walking at your own pace on level ground<br>Tiene que detenerse para respirar cuando camina a su propio ritmo en terreno llano                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Shortness of breath when washing or dressing yourself<br>Falta de aire cuando se lava o se viste  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Shortness of breath that interferes with your job<br>Falta de aire que interfiere con su trabajo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Coughing that produces phlegm (thick sputum)<br>Tos que produce flema (esputo espeso)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Coughing that wakes you early in the morning<br>Tos que lo despierta temprano en la mañana  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Coughing that occurs mostly when you are lying down<br>Tos que ocurre principalmente cuando está acostado   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Coughing up blood in the last month<br>Tos con sangre en el último mes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Wheezing<br>Sibilancias   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Wheezing that interferes with your job<br>Sibilancias que interfieren con su trabajo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Chest pain when you breathe deeply<br>Dolor en el pecho cuando respira profundamente  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Any other symptoms that you think may be related to lung problems<br>Cualquier otro síntoma que considere que puede estar relacionado con problemas pulmonares              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>5.</b> Have you ever had any of the following cardiovascular or heart problems?<br>¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o cardíacos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Heart attack<br>Ataque al corazón   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Stroke<br>Accidente cerebrovascular   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Angina<br>Angina  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Heart failure<br>Insuficiencia cardíaca   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Swelling in your legs or feet (not caused by walking)<br>Hinchazón en sus piernas o pies (no causada por caminar)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Heart arrhythmia (heart beating irregularly)<br>Arritmia cardíaca (latidos cardíacos irregulares)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. High blood pressure<br>Presión arterial alta  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Any other heart problem that you've been told about?<br>Cualquier otro problema cardíaco que le hayan informado   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6.</b> Have you ever had any of the following cardiovascular or heart symptoms?<br>¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas cardiovasculares o cardíacos?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Frequent pain or tightness in your chest<br>Dolor frecuente o presión en el pecho   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Pain or tightness in your chest during physical activity<br>Dolor o presión en el pecho durante la actividad física   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Pain or tightness in your chest that interferes with your job<br>Dolor o presión en el pecho que interfiere con su trabajo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Patient: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Employee ID/Alternative ID: \_\_\_\_\_ Service Date: \_\_\_\_\_

## OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

|   | Yes/Sí                   | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| d. In the past two years, have you noticed your heart skipping or missing a beat<br>En los últimos dos años, ¿ha notado que su corazón se salta o pierde el ritmo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Heartburn or indigestion that is not related to eating<br>Acidez estomacal o indigestión que no está relacionada con la alimentación   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Any other symptoms that you think may be related to heart or circulation problems<br>Cualquier otro síntoma que crea que puede estar relacionado con problemas cardíacos o de circulación  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>7.</b> Do you currently take medication for any of the following problems?<br>¿Toma actualmente medicamentos para alguno de los siguientes problemas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Breathing or lung problems<br>Problemas respiratorios o pulmonares   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Heart trouble<br>Problemas del corazón   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Blood pressure<br>Presión arterial   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Seizures<br>Convulsiones   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>8.</b> If you've used a respirator, have you ever had any of the following problems? (If you've never used a respirator, check the following space and go to question 9.____)<br>Si ha usado un respirador, ¿ alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas? (Si nunca ha usado un respirador, verifique el siguiente espacio y pase a la pregunta 9.____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Eye irritation<br>Irritación ocular  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Skin allergies or rashes<br>Alergias o sarpullidos en la piel  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Anxiety<br>Ansiedad  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. General weakness or fatigue<br>Debilidad general o fatiga  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Any other problem that interferes with your use of a respirator<br>Cualquier otro problema que interfiera con su uso de un respirador:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>9.</b> Would you like to talk to the health care professional who will review this questionnaire about your answers to this questionnaire?<br>¿Le gustaría hablar con el profesional de atención médica que revisará este cuestionario sobre sus respuestas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Please explain the details of all "yes" answers above:  
Explique los detalles de las respuestas en las que respondió "sí" anteriormente:

Questions 10 to 15 below must be answered by every employee who has been selected to use either a full-facepiece respirator or a self-contained breathing apparatus (SCBA). For employees who have been selected to use other types of respirators, answering these questions is voluntary.

Cada empleado que ha sido seleccionado para usar un respirador de máscara completa o un aparato de respiración autónomo (SCBA) debe responder las preguntas 10 a 15 de abajo. Para los empleados que han sido seleccionados para usar otros tipos de respiradores, responder estas preguntas es voluntario.

|  | Yes/Sí                   | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>10.</b> Have you ever lost vision in either eye (temporarily or permanently)?<br>¿Alguna vez perdió la visión en un ojo (temporal o permanentemente)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>11.</b> Do you currently have any of the following vision problems?<br>¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas de visión?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Wear contact lenses<br>Usa lentes de contacto   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Wear glasses<br>Usa anteojos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Patient: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Employee ID/Alternative ID: \_\_\_\_\_ Service Date: \_\_\_\_\_

### OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

|  | Yes/Sí                   | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| c. Color blind<br>Daltónico  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Any other eye or vision problem<br>Cualquier otro problema de ojo o visión  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>12.</b> Have you ever had an injury to your ears, including a broken ear drum?<br>¿Alguna vez ha tenido una lesión en los oídos, incluyendo un tímpano roto?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>13.</b> Do you currently have any of the following hearing problems?<br>¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas de audición?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Difficulty hearing<br>Dificultad para escuchar  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Wear a hearing aid<br>Use un audífono   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Any other hearing or ear problem<br>Cualquier otro problema de audición u oído  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>14.</b> Have you ever had a back injury<br>Alguna vez ha tenido una lesión en la espalda  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>15.</b> Do you currently have any of the following musculoskeletal problems?<br>¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas musculoesqueléticos?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Weakness in any of your arms, hands, legs, or feet<br>Debilidad en cualquiera de sus brazos, manos, piernas o pies  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Back pain<br>Dolor de espalda   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Difficulty fully moving your arms and legs<br>Dificultad para mover completamente los brazos y las piernas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Pain or stiffness when you lean forward or backward at the waist<br>Dolor o rigidez cuando se inclina hacia adelante o hacia atrás en la cintura                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Difficulty fully moving your head up or down<br>Dificultad para mover completamente la cabeza hacia arriba o hacia abajo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Difficulty fully moving your head side to side<br>Dificultad para mover completamente la cabeza de lado a lado  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Difficulty bending at your knees<br>Dificultad para doblarse de rodillas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Difficulty squatting to the ground<br>Dificultad para ponerse en cuclillas en el suelo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Climbing a flight of stairs or a ladder carrying more than 25 lbs<br>Subir un tramo de escaleras o una escalera de más de 25 libras                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Any other muscle or skeletal problem that interferes with using a respirator<br>Cualquier otro problema muscular o esquelético que interfiera con el uso de un respirador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Please explain the details of all "yes" answers above:  
Explique los detalles de las respuestas en las que respondió "sí" anteriormente:

Employee signature/Firma del empleado: \_\_\_\_\_

PLHCP's comments (use page 9 if additional space required):

**TO THE PLHCP:** Check the ONE that applies

- I have reviewed Part A Section 2 of this questionnaire with the employee and I do not recommend that a follow up medical examination\* be performed.
- I have reviewed Part A Section 2 of this questionnaire with the employee and I am recommending that a follow up medical examination\* be performed.
- I have reviewed Part A Section 2 of this questionnaire without the employee and I do not recommend that a follow up medical examination\* be performed.
- I have reviewed Part A Section 2 of this question without the employee and I am recommending that a follow up medical examination\* be performed.

\*1910.134(e)(3)(ii): The follow-up medical examination shall include any medical tests, consultations, or diagnostic procedures that the PLHCP deems necessary to make a final determination.

PLHCP signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



Patient: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Employee ID/Alternative ID: \_\_\_\_\_ Service Date: \_\_\_\_\_

## OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

|  | Yes/Sí                   | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>4.</b> List any second jobs or side businesses you have:<br>Liste cualquier segundo trabajo o negocio secundario que tenga  |                          |                          |
| <b>5.</b> List your previous occupations:<br>Liste sus ocupaciones anteriores  |                          |                          |
| <b>6.</b> List your current and previous hobbies:<br>Liste sus pasatiempos actuales y anteriores   |                          |                          |
| <b>7.</b> Have you been in the military services?<br>¿Ha estado en el servicio militar?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If "yes," were you exposed to biological or chemical agents (either in training or combat)?<br>Si la respuesta es sí ¿estuvo expuesto a agentes biológicos o químicos (ya sea en entrenamiento o combate)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>8.</b> Have you ever worked on a HAZMAT team?<br>¿Alguna vez ha trabajado en un equipo HAZMAT?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>9.</b> Other than medications for breathing and lung problems, heart trouble, blood pressure, and seizures mentioned earlier in this questionnaire, are you taking any other medications for any reason (including over-the-counter medications)?<br>Aparte de los medicamentos para problemas respiratorios y pulmonares, problemas cardíacos, presión arterial y convulsiones mencionados anteriormente en este cuestionario, ¿está tomando otros medicamentos por algún motivo (incluyendo los medicamentos de venta libre)?<br>If "yes," name the medications if you know them:<br>Si la respuesta es sí, nombre los medicamentos si los conoce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>10.</b> Will you be using any of the following items with your respirator(s)?<br>¿Utilizará alguno de los siguientes artículos con su respirador?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. HEPA Filters<br>Filtros HEPA  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Canisters (for example, gas masks)<br>Botes (por ejemplo, máscaras de gas)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cartridges<br>Cartuchos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>11.</b> How often are you expected to use the respirator(s) ("yes" or "no" for all answers that apply to you)?<br>¿Con qué frecuencia se espera que use los respiradores ("sí" o "no" para todas las respuestas que se apliquen a usted)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Escape only (no rescue)<br>Solo escape (sin rescate)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Emergency rescue only<br>Solo rescate de emergencia   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Less than 5 hours per week<br>Menos de 5 horas por semana   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Less than 2 hours per day<br>Menos de 2 horas por día   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 2 to 4 hours per day<br>2 a 4 horas por día   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Over 4 hours per day<br>Más de 4 horas por día  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Patient: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Employee ID/Alternative ID: \_\_\_\_\_ Service Date: \_\_\_\_\_

**OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)**

|  | Yes/Sí                   | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <p><b>12.</b> During the period you are using the respirator(s), is your work effort<br/>Durante el período en que usa el respirador, su esfuerzo de trabajo es</p>  |                          |                          |
| <p>a. Light (less than 200 kcal per hour)<br/>Ligero (menos de 200 kcal por hora)<br/>If "yes," how long does this period last during the average shift: _____ hrs. _____ mins.<br/>Si la respuesta es sí, ¿cuánto dura este período durante el turno promedio: _____ horas. _____ mins.<br/><i>Examples of a light work effort are sitting while writing, typing, drafting, or performing light assembly work; or standing while operating a drill press (1-3 lbs.) or controlling machines.</i><br/><i>Ejemplos de un esfuerzo de trabajo ligero son sentarse mientras escribe, mecanografía, dibuja o realiza trabajos de ensamblaje ligero; o de pie mientras opera una prensa de taladro (1-3 lbs.) o controla máquinas.</i></p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>b. Moderate (200 to 350 kcal per hour)<br/>Moderado (200 a 350 kcal por hora)<br/>If "yes," how long does this period last during the average shift: _____ hrs. _____ mins.<br/>Si la respuesta es sí, ¿cuánto dura este período durante el turno promedio: _____ horas. _____ mins.<br/><i>Examples of moderate work effort are sitting while nailing or filing; driving a truck or bus in urban traffic; standing while drilling, nailing, performing assembly work, or transferring a moderate load (about 35 lbs.) at trunk level; walking on a level surface about 2 mph or down a 5-degree grade about 3 mph; or pushing a wheelbarrow with a heavy load (about 100 lbs.) on a level surface.</i><br/><i>Ejemplos de trabajo moderado son sentarse mientras clava o archiva; conducir un camión o autobús en el tráfico urbano; de pie mientras perfora, clava, realiza trabajos de ensamblaje o transfiere una carga moderada (aproximadamente 35 lbs.) a nivel del tronco; caminar sobre una superficie nivelada de aproximadamente 2 mph o bajar una pendiente de 5 grados aproximadamente 3 mph; o empujando una carretilla con una carga pesada (aproximadamente 100 lbs.) en una superficie nivelada.</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>c. Heavy (above 350 kcal per hour)<br/>Pesado (más de 350 kcal por hora)<br/>If "yes," how long does this period last during the average shift: _____ hrs. _____ mins.<br/>Si la respuesta es sí, ¿cuánto dura este período durante el turno promedio: _____ horas. _____ mins.<br/><i>Examples of heavy work are lifting a heavy load (about 50 lbs.) from the floor to your waist or shoulder; working on a loading dock; shoveling; standing while bricklaying or chipping castings; walking up an 8-degree grade about 2 mph; climbing stairs with a heavy load (about 50 lbs.).</i><br/><i>Ejemplos de trabajo pesado son levantar una carga pesada (alrededor de 50 libras) desde el piso hasta la cintura o el hombro; trabajando en un muelle de carga; palear de pie mientras albañilería o astillas de fundición; caminando por un grado de 8 grados aproximadamente 2 mph; subir escaleras con una carga pesada (aproximadamente 50 libras).</i></p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>13.</b> Will you be wearing protective clothing and/or equipment (other than the respirator) when you're using your respirator?<br/>¿Utilizará ropa o equipo de protección (que no sea el respirador) cuando lo use?<br/>If "yes," describe this protective clothing and/or equipment:<br/>Si la respuesta es sí, describa esta ropa o equipo de protección</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>14.</b> Will you be working under hot conditions (temperature exceeding 77 deg. F)?<br/>¿Trabjará en condiciones de calor (temperatura superior a 77 grados F)?</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>15.</b> Will you be working under humid conditions?<br/>¿Trabjará en condiciones de humedad</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>16.</b> Describe the work you'll be doing while you're using your respirator(s)<br/>Describa el trabajo que estará haciendo mientras usa su respirador</p>   |                          |                          |
| <p><b>17.</b> Describe any special or hazardous conditions you might encounter when you're using your respirator(s) (for example, confined spaces, life-threatening gases)<br/>Describa cualquier condición especial o peligrosa que pueda encontrar cuando use su respirador (por ejemplo, espacios confinados, gases potencialmente mortales)</p>  |                          |                          |



Patient: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Employee ID/Alternative ID: \_\_\_\_\_ Service Date: \_\_\_\_\_

**OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>18.</b> Provide the following information, if you know it, for each toxic substance that you'll be exposed to when you're using your respirator(s):<br/>         Dé la siguiente información, si lo sabe, para cada sustancia tóxica a la que estará expuesto cuando use sus respiradores:</p>   |  |  |
| Name of the first toxic substance:<br>Nombre de la primera sustancia tóxica  |  |  |
| Estimated maximum exposure level per shift:<br>Nivel máximo de exposición estimado por turno   |  |  |
| Duration of exposure per shift:<br>Duración de la exposición por turno   |  |  |
| Name of the second toxic substance:<br>Nombre de la segunda sustancia tóxica   |  |  |
| Estimated maximum exposure level per shift:<br>Nivel máximo de exposición estimado por turno   |  |  |
| Duration of exposure per shift:<br>Duración de la exposición por turno   |  |  |
| Name of the third toxic substance:<br>Nombre de la tercera sustancia tóxica  |  |  |
| Estimated maximum exposure level per shift:<br>Nivel máximo de exposición estimado por turno   |  |  |
| Duration of exposure per shift:<br>Duración de la exposición por turno   |  |  |
| The name of any other toxic substances that you'll be exposed to while using your respirator:<br>El nombre de cualquier otra sustancia tóxica a la que estará expuesto mientras usa su respirador:   |  |  |
| <p><b>19.</b> Describe any special responsibilities you'll have while using your respirator(s) that may affect the safety and well-being of others (for example, rescue, security)<br/>         Describa cualquier responsabilidad especial que tendrá al usar su respirador (es) que pueda afectar la seguridad y el bienestar de otros (por ejemplo, rescate, seguridad)</p> |  |  |

Employee signature/Firma del empleado: \_\_\_\_\_

Additional PLHCP comments:

\_\_\_\_\_

PLHCP signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

[63 FR 1152, Jan. 8, 1998; 63 FR 20098, April 23, 1998; 76 FR 33607, June 8, 2011; 77 FR 46949, Aug. 7, 2012]