

Occupational Medicine Services, LLC
144 Valhi Lagoon Crossing
Houma, LA 70360
Phone: 985-223-0032
Fax: 985-872-6670

1. **Can you read:** Yes/No
Puede usted leer: Si/No
2. **Today's Date:** _____
Fecha: _____
3. **Your Name:** _____
Su Nombre: _____
4. **Your Age:** _____
Edad: _____
5. **Sex: Male/Female**
Sexo: Masculino/Femenino
6. **Your Height:** _____ **ft.** _____ **in.**
Su Estatura: _____ *pies* _____ *pulgadas*
7. **Your Weight:** _____ **lbs**
Su Peso: _____ *Libras*
8. **Your Job Title:** _____
Su Título Del Trabajo: _____
9. **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 usted puede ser alcanzado por el profesional del cuidado médico que repasa este cuestionario (incluyendo el Código de área):

10. **The best time to phone you at this number:** _____
El mejor tiempo para llamarle a este numero: _____
11. **Has your employer told you how to contact the health care professional who will review this questionnaire:** Yes/No
Su patron le ha dicho como entrar en contacto con la persona profesional del cuidado medico que repasara este cuestionario: Si/No

12. Check the type of respirator you will use:

_____ N,R or P disposable respirator

_____ Other type

Qual respirador usted va a usar:

_____ N, R, P

_____ Otro tipo

13. Have you worn a respirator? If yes, what type: _____

Ha usted usado un mascarilla antes: Y si, qual clase: _____

14. Do you currently smoke tobacco, or have you smoked tobacco in the last month:

Usted fuma tobacco O ha fumado tobacco en el mes pasado:

Yes/No

Si/No

15. Have you ever had any of the following conditions?

Seizures

Yes/No

Diabetes

Yes/No

Allergic reactions that interfere with your breathing

Yes/No

Claustrophobia

Yes/No

Trouble smelling odors

Yes/No

Ha tenido usted cualquiera de estas condiciones?

Temblores

Si/No

Diabetes

Si/No

Reacciones alérgicas

Si/No

Claustrophobia

Si/No

Problemas con olores

Si/No

16. Have you ever had any of the following pulmonary or lung problems?

Asbestosis

Yes/No

Asthma

Yes/No

Chronic Bronchitis

Yes/No

Emphysema

Yes/No

Pneumonia

Yes/No

Tuberculosis

Yes/No

Silicosis

Yes/No

Pneumothorax

Yes/No

Lung Cancer

Yes/No

Broken Ribs

Yes/No

Any chest injuries or surgeries

Yes/No

Any other lung problems

Yes/No

Usted ha tenido cualquier problema de los pulmones?

Asbestos

Si/No

Asma

Si/No

Bronquitis Crónica

Si/No

Enfisema

Si/No

Pulmonía

Si/No

Tuberculosis

Si/No

<i>Silicosis</i>	<i>Si/No</i>
<i>Pneumothorax</i>	<i>Si/No</i>
<i>Cáncer De Pulmón</i>	<i>Si/No</i>
<i>Costillas Fraccturadas</i>	<i>Si/No</i>
<i>Cualquiera lesiones o cirugías del pecho:</i>	<i>Si/No</i>
<i>Cualquier otro problema del pulmón</i>	<i>Si/No</i>

17. Do you currently have any of the following symptoms of pulmonary or lung illness?

Shortness of breath	Yes/No
Shortness of breath when walking fast on level ground or walking up a slight hill or incline	Yes/No
Shortness of breath when walking with other people at an ordinary pace on level ground	Yes/No
Have to stop for breath when walking at your own pace on level ground	Yes/No
Shortness of breath when washing or dressing yourself	Yes/No
Shortness of breath that interferes with your job	Yes/No
Coughing that produces phlegm	Yes/No
Coughing that wakes you early in the morning	Yes/No
Coughing that occurs mostly when you are lying down	Yes/No
Coughing up blood in the last month	Yes/No
Wheezing	Yes/No
Wheezing that interferes with your job	Yes/No
Chest pain when you breath deeply	Yes/No
Any other symptom that you may think may be related to lung problems	Yes/No
<i>Usted tiene síntomas de las siguientes enfermedades del pulmón:</i>	
<i>Problemas de la respiración</i>	<i>Si/No</i>
<i>Problemas de la respiración al caminar rápidamente en la tierra llana o</i>	<i>Si/No</i>
<i>Caminando encima de una colina o de una pendiente leve</i>	<i>Si/No</i>
<i>Problemas de la respiración al caminar con la gente en un paso ordinario en la tierra llana</i>	<i>Si/No</i>
<i>Tienen que parar para la respiración al caminar en su propio paso en la tierra llana</i>	<i>Si/No</i>
<i>Problemas de la respiración al lavaser o vistiéndose</i>	<i>Si/No</i>
<i>Problemas de la respiración que interfiere con su trabajo</i>	<i>Si/No</i>
<i>Tosiendo que produzca flema</i>	<i>Si/No</i>
<i>Tosiendo temprano por la mañana</i>	<i>Si/No</i>
<i>Toser eso ocurre sobre todo cuando usted se está acostando</i>	<i>Si/No</i>
<i>Tosido el mes pasado que produzca sangre</i>	<i>Si/No</i>
<i>Problemas de la respiración</i>	<i>Si/No</i>
<i>Problemas de la respiración que interfiere con su trabajo</i>	<i>Si/No</i>
<i>Dolor de pecho cuando usted respiración profundamente</i>	<i>Si/No</i>

Cualquier otro síntoma que usted pueda pensar que se puede relacionar con los problemas del pulmón Si/No

18. Have you ever had any of the following cardiovascular or heart problems:

Heart attack	Yes/No
Stroke	Yes/No
Angina	Yes/No
Heart failure	Yes/No
Swelling in your legs or feet (not caused by walking)	Yes/No
Heart arrhythmia (heart beating irregularly)	Yes/No
High blood pressure	Yes/No
Any other heart problem that you've been told about	Yes/No

Tiene usted cualquiera de los problemas cardiovasculares o del Corazón siguientes:

<i>Ataque del corazón</i>	<i>Si/No</i>
<i>Movimiento</i>	<i>Si/No</i>
<i>Angina</i>	<i>Si/No</i>
<i>Paro cardiaco</i>	<i>Si/No</i>
<i>Hincharse sus piernas o pies (no causado caminando)</i>	<i>Si/No</i>
<i>Arritmia del corazón (corazón que late irregular)</i>	<i>Si/No</i>
<i>Presión alta</i>	<i>Si/No</i>
<i>Cualquier otro problema del corazón que le han dicho</i>	<i>Si/No</i>

19. Have you ever had any of the following cardiovascular or heart symptoms?

Frequent pain or tightness in your chest	Yes/No
Pain or tightness in your chest during physical activities	Yes/No
Pain or tightness in your chest that interferes with your job	Yes/No
In the past two years, have you noticed your heart skipping a beat	Yes/No
Heartburn or indigestion that is not related to eating	Yes/No
Any other symptoms that you think may be related to heart or circulation Problems?	Yes/No

¿Usted ha tenido siempre cualesquiera de los síntomas cardiovasculares o del corazón siguiente?

<i>Dolor o tirantez frecuente en su pecho</i>	<i>Si/No</i>
<i>Dolor o tirantez en su pecho durante actividades físicas</i>	<i>Si/No</i>
<i>Dolor o tirantez en su pecho que interfiere con su trabajo</i>	<i>Si/No</i>
<i>En los últimos dos años, téngale notado su corazón que salta un golpe</i>	<i>Si/No</i>
<i>Heartburn o indigestión que no se relacionan con comer</i>	<i>Si/No</i>
<i>Cualquier otro síntoma que usted piense se puede relacionar con los problemas del corazón o de la circulación</i>	<i>Si/No</i>

20. Do you currently take medication for any of the following problems?
- | | |
|----------------------------|--------|
| Breathing or lung problems | Yes/No |
| Heart trouble | Yes/No |
| Blood pressure | Yes/No |
| Seizures | Yes/No |

Hágale toman actualmente la medicación para cualquiera de los problemas siguiente:

- | | |
|---|--------------|
| <i>Problemas de la respiración o del pulmón</i> | <i>Si/No</i> |
| <i>Apuro del corazón</i> | <i>Si/No</i> |
| <i>Presión arterial</i> | <i>Si/No</i> |
| <i>Asimientos</i> | <i>Si/No</i> |

21. If you've used a respirator, have you ever had any of the following problems?

- | | |
|---|--------|
| Eye irritation | Yes/No |
| Skin allergies or rashes | Yes/No |
| Anxiety | Yes/No |
| General weakness or fatigue | Yes/No |
| Any other problem that interferes with your use of a respirator | Yes/No |

¿Si usted ha utilizado una mascarilla, usted ha tenido siempre cualesquiera de los problemas siguientes?

- | | |
|---|--------------|
| <i>Irritación del ojo</i> | <i>Si/No</i> |
| <i>Alergias o erupciones de la piel</i> | <i>Si/No</i> |
| <i>Ansiedad</i> | <i>Si/No</i> |
| <i>Debilidad o fatiga general</i> | <i>Si/No</i> |
| <i>Cualquier otro problema que interfiera con su uso de un respirador</i> | <i>Si/No</i> |

22. Would you like to talk to the health care professional who will review this questionnaire about your answers to this questionnaire? Yes/No

¿Usted tiene gusto de hablar con el profesional del cuidado médico que repasará este cuestionario sobre sus respuestas a este cuestionario?

Si/No

23. Have you ever lost vision in either eye (temporarily or permanently) Yes/No

Tiene usted visión siempre perdida en cualquier ojo (temporalmente o permanentemente)

Si/No

24. Do you currently have any of the following vision problems?

- | | |
|---------------------------------|--------|
| Wear contact lenses | Yes/No |
| Wear glasses | Yes/No |
| Color blind | Yes/No |
| Any other eye or vision problem | Yes/No |

¿Usted tiene actualmente cualquiera de los problemas siguientes de la visión?

- | | |
|---------------------------|--------------|
| <i>Lentes de contacto</i> | <i>Si/No</i> |
| <i>Lentes de aumento</i> | <i>Si/No</i> |

Persiana del color Si/No
Cualquier otro problema del ojo o de la vista Si/No

25. Have you ever had an injury to your ears, including a broken eardrum? Yes/No

¿Usted ha tenido siempre lesión a sus oídos, incluyendo un eardrum quebrado? Si/No

26. Do you currently have any of the following hearing problems? Yes/No
Difficulty hearing Yes/No
Wear a hearing aid Yes/No
Any other hearing or ear problem Yes/No

¿Usted tiene actualmente cualquiera de los problemas siguientes de la audición?
Audiencia de la dificultad Si/No
Usa una prótesis de oído Si/No
Cualquier otro problema del oído Si/No

27. Have you ever had a back injury: Yes/No
Tiene usted siempre una lesión dorsal: Si/No

28. Do you currently have any of the following musculoskeletal problems? Yes/No
Weakness in any of your arms, hands, legs, or feet Yes/No
Back pain Yes/No
Difficulty fully moving your arms and legs Yes/No
Pain or stiffness when you lean forward or backward at the waist Yes/No
Difficulty fully moving your head up or down Yes/No
Difficulty fully moving your head side to side Yes/No
Difficulty bending at your knees Yes/No
Difficulty squatting to the ground Yes/No
Climbing a flight of stairs or a ladder carrying more than 25 lbs. Yes/No
Any other muscle or skeletal problem that interferes with using a respirator Yes/No

¿Usted tiene actualmente cualesquiera de los problemas musculoesqueléticos siguientes?
Debilidad en cualesquiera de sus brazos, manos, piernas, o pies Si/No
Dolor de espalda Si/No
Dificultad cuando se mueve completamente los brazos y las piernas Si/No
Dolor o tiesura cuando usted se inclina adelante o al revés en la cintura Si/No
Dificultad cuando baja completamente su cabeza para arriba o abajo Si/No
Dificultad cuando mueve completamente su lado principal al lado Si/No

<i>Dificultad cuando se dobla en sus rodillas</i>	Si/No
<i>Dificultad cuando se pone en cuclillas a la tierra</i>	Si/No
<i>Subir un vuelo de escaleras o de una escala que lleva más de 25 libras</i>	Si/No
<i>Cualquier otro músculo o problema esquelético que interfiera con usar una mascarilla</i>	Si/No

29. **In your present job, are you working at high altitudes (over 5,000 feet) or in a place that has lower than normal amounts of oxygen:** Yes/No

If "yes", do you have feelings of dizziness, shortness of breath, pounding in your chest, or other symptoms when you're working under these conditions: Yes/No

En su actual trabajo, está usted que trabaja en las altas altitudes (sobre 5.000 pies) o en un lugar que tenga más bajo cantidades que normales de oxígeno: Si/No

Si "sí", usted tiene sensaciones de los vértigos, el shortness de la respiración, golpeando en su pecho, u otros síntomas cuando usted está trabajando bajo estas condiciones: Si/No

30. **At work or at home, have you ever been exposed to hazardous solvents, hazardous airborne chemicals (gases, fumes, or dust), or have you come into skin contact with hazardous chemicals:** Yes/No

If "yes", name the chemicals if you know them:

En el trabajo o en la casa, téngale siempre estado exponeado a los solventes peligrosos, productos químicos aerotransportados peligrosos (gases, humos, o polvo), o hacen que usted venga en contacto de la piel con los productos químicos peligrosos: Si/No

Si "sí", nombre los productos químicos si usted los sabe:

31. **Have you ever worked with any of the materials, or under any of the conditions, listed below:**

Asbestos	Yes/No
Silica	Yes/No
Tungsten/Cobalt	Yes/No
Beryllium	Yes/No
Aluminum	Yes/No
Coal	Yes/No
Iron	Yes/No
Tin	Yes/No
Dusty environments	Yes/No
Any other hazardous exposures	Yes/No

If "yes", describe these exposures:

Tiene usted trabajado siempre con cualesquiera de los materiales, o debajo de las condiciones, enumerado abajo:

Asbesto Si/No

<i>Silica</i>	<i>Si/No</i>
<i>Tungsteno/Cobalto</i>	<i>Si/No</i>
<i>Berilio</i>	<i>Si/No</i>
<i>Aluminio</i>	<i>Si/No</i>
<i>Carbón</i>	<i>Si/No</i>
<i>Hierro</i>	<i>Si/No</i>
<i>Lata</i>	<i>Si/No</i>
<i>Ambientes polvorientos</i>	<i>Si/No</i>
<i>Cualquieres otras exposiciones peligrosas</i>	<i>Si/No</i>

Si "sí", describa estas exposiciones: _____

32. List any second jobs or side business you have:

Enumere cualesquiera segundos trabajos o negocio lateral que usted tenga:

33. List your previous occupations: _____

Enumere sus ocupaciones anteriores: _____

34. List your current and previous hobbies: _____

Enumere sus hobbies actuales y anteriores: _____

35. Have you been in the military services? *Yes/No*

If "yes", were you exposed to biological or chemical agents: *Yes/No*

¿Usted ha estado en los servicios militar? *Si/No*

Si "sí", eran usted expuso a los agentes biológicos o químicos: *Si/No*

36. Have you ever worked on a HAZMAT team? *Yes/No*

¿Usted ha trabajado siempre en un equipo de HAZMAT? *Si/No*

37. 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): *Yes/No*

If "yes," name the medications if you know them: _____

Con excepción de las medicaciones para los problemas de la respiración y del pulmón, problemas del corazón, la presión arterial, y los asimientos mencionados anterior en este cuestionario, son usted que toma cualquier otra medicación por cualquier razón (que incluye sobre las medicaciones contrarias): *Si/No*

Si "sí," nombre las medicaciones si usted las sabe: _____

38. Will you be using any of the following items with your respirator(s)?

Hepa Filters: Yes/No
Canisters (for example, gas masks): Yes/No
Cartridges: Yes/No

Usted utilizará cualesquiera de los ítems siguientes con usted respirator(s)?

Filtros De Hepa: Si/No
Frascos (por ejemplo, caretas antigás): Si/No
Cartuchos: Si/No

39. How often are you expected to use the respirator(s)

(circle "yes" or "no" for all the answers that apply to you):

Escape only (no rescue): Yes/No
Emergency rescue only: Yes/No
Less than 5 hours per week: Yes/No
Less than 2 hours per day: Yes/No
2 to 4 hours per day: Yes/No
Over 4 hours per day: Yes/No

Cómo esté a menudo usted esperaba utilizar el respirator(s)

(círculo "sí" o "no" para todas las respuestas que se aplican a usted):

Escape solamente (ningún rescate): de Emergency solamente:) Si/No
Menos de 5 horas por semana: Si/No
Menos de 2 horas por día: Si/No
2 a 4 horas por día: Si/No
Sobre 4 horas por día: Si/No

40. During the period you are using the respirator(s), is your work effort:

Light (less than 200kcal per hour): Yes/No

If "yes", how long does this period last during the average shift: _____ hours. _____ minutes.

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 pounds) or controlling machines.

Moderate (200 to 350 kcal per hour): Yes/No

If "yes", how long does this period last during the average shift _____ hours _____ minutes.

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 pounds) at trunk level; walking on a level surface about 2 miles per hour or down a 5-degree grade about 3 miles per hour; or pushing a wheelbarrow with a heavy load (about 100 pounds) on a level surface.

Heavy (above 350 kcal per hour): Yes/No

If "yes", how long does this period last during the average shift: _____ hours _____ minutes.

Examples of heavy work are lifting a heavy load (about 50 pounds) 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 miles per hour; climbing stairs with a heavy load (about 50 pounds).

Durante el período usted está utilizando la mascarilla(s), es su esfuerzo del trabajo:

Luz (menos que 200kcal por hora):

Si/No

Si "sí", cuánto tiempo hace este lastt del período durante el shift: _____ hours. _____ minutes medio. Los ejemplos de un esfuerzo ligero del trabajo se están sentando mientras que escriben, mecanografian, bosquejando, o realizando el trabajo de asamblea ligero, o estando parado mientras que funcionan una prensa del taladro (1-3 libras) o controlan las máquinas.

Moderate (200 a 350 kcal por hora): Yes/No si "sí", cuánto tiempo hace este último del período durante los shift _____ hours _____ minutes medios. Los ejemplos del esfuerzo moderado del trabajo se están sentando mientras que clavan o filing; driving un carro o un autobús en tráfico urbano; estando parado mientras que perfora, clavando, realizando el trabajo de asamblea, o la transferencia de una carga moderada (cerca de 35 libras) en el nivel del tronco; el caminar en una superficie del nivel cerca de 2 millas por hora o traga los 5-degree califica cerca de 3 millas por hora; o empujando una carretilla con una carga pesada (cerca de 100 libras) en una superficie del nivel.

Pesado (sobre 350 kcal por hora): Yes/No si "sí", cuánto tiempo hace este último del período durante el shift: _____ hours _____ minutes medio. Los ejemplos del trabajo pesado están levantando una carga pesada (cerca de 50 libras) del piso a su cintura u hombro; trabajo en un muelle de cargamento; traspaleo; el estar parado mientras que bricklaying o salta bastidores; el caminar encima de 8 grados califica cerca de 2 millas por hora; escaleras que suben con una carga pesada (cerca de 50 libras).

41. Will you be wearing protective clothing and/or equipment (other than the respirator) when you're using your repirator: Yes/No
If "yes" describe this protective clothing and/or equipment:

*Voluntad usted esté usando la ropa protectora y/o el equipo (con excepción de la mascarilla) cuando usted está utilizando su mascarilla:
si describa "sí" esta ropa protectora del equipo: _____*

42. Will you be working under hot conditions (temperature exceeding 77 degrees. F): Yes/No
Usted a estado trabajando bajo condiciones calientes (temperatura que excede 77 grados. F): Si/No

43. Will you be working under humid conditions? Yes/No
¿Usted trabajará bajo condiciones húmedas? Si/No

44. Describe the work you will be doing while you're using your respirator(S): _____

Describe el trabajo que usted hará mientras que usted está utilizando su mascarilla(s): _____

45. Describe any special or hazardous conditions you might encounter when you are using your respirator(s) (for example, confined spaces, life-threatening gases): _____

Describe cualquier condición especial o peligrosa que usted puede ser que encuentre cuando usted está utilizando su respirator(s) (por ejemplo, los espacios confinados, gases peligrosos para la vida): _____

46. Provide the following information, if you know it, for each toxic substance that you will be exposed to when you are using your respirator(s):

Name of the first toxic substance: _____

Estimated maximum exposure level per shift: _____

Duration of exposure per shift: _____

Name of the second toxic substance: _____

Estimated maximum exposure level per shift: _____

Duration of exposure per shift: _____

Name of the third toxic substance: _____

Estimated maximum exposure level per shift: _____

Duration of exposure per shift: _____

The name of any other toxic substances that you will be exposed to while using your respirator: _____

Proporcione la información siguiente, si usted la sabe, para cada sustancia tóxica que le expondrán a cuando usted está utilizando su respirator(s):

Nombre del primer substancia tóxica: _____

Nivel de exposición máximo estimado por la cambio: _____

Duración de la exposición por la cambio: _____

Nombre de la segunda sustancia tóxica: _____

Nivel de exposición máximo estimado por la cambio: _____

Duración de la exposición por la cambio: _____

Nombre de la tercera sustancia tóxica: _____

Nivel de exposición máximo estimado por la cambio: _____

Duración de la exposición por la cambio: _____

El nombre de cualesquieras otras sustancias tóxicas a las cuales le expongan mientras que usa su respirador: _____

47. Describe any special responsibilities you will have while using your respirator(s) that may affect the safety and well being of others (for example, rescue, security): _____

Describe cualquier responsabilidad especial que usted tenga mientras que usan su mascarilla(s) que puede afectar la seguridad y el bienestar De otros (por ejemplo, rescate, seguridad): _____

Employee Signature _____
(Firma del empleado)

Physician Signature _____
(Firma del Medico)

Date: _____
(Fecha)

Notes:
(Notas)