

**OSHA Respirator Medical Evaluation Questionnaire (Mandatory)**  
**Appendix C to Sec. 1910.134**

**Cuestionario de Evaluación Medica obligado por la OSHA**  
**(Agencia de seguridad y salud ocupacional)**  
**Apéndice C: Parte 29 CFR 1910.134 Mandatorio para Protección del Sistema Respiratorio**

**Part A. Section 1.** (Mandatory) Every employee who has been selected to use any type of respirator (please print) must provide the following information. / (Obligatorio) Cada empleado que haya sido seleccionado para utilizar algún tipo de respirador (por favor escriba) debe proporcionar la siguiente información.

Today's date/Fecha: \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Job Title/Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Home Phone/Telefono de Casa: \_\_\_\_\_

Sex/Genero: Male/Masculino Female/Femenino Work Phone/Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Height/Altura: \_\_\_\_\_ (ft/pies) \_\_\_\_\_ (in/pulgadas) Weight/Peso: \_\_\_\_\_ (lbs)

Can you read English? /¿Puede leer en Ingles? .....  Yes  No

Has your employer told you how to contact the health care professional who will review this? / ¿Su empleador le ha dicho como contactar al medico que revisara esto? .....  Yes  No

**Check the type of respirator you will use (You can check more than one category) / Marque el tipo de respirador que usara (puede seleccionar mas de una categoria):**

- a. \_\_\_\_\_ N, R, or P disposable respirator (filter-mask, non-cartridge type only). /Respirador disponible de clase N, R, o P (por ejemplo: respirador de filtro mecánico, respirador sin cartucho.
- b. \_\_\_\_\_ Other type /Otro tipo
  - Half-face / Respirador con cartucho químico
  - Powered-air purifier/ Máscara con manguera con soplador
  - Supplied-air/ Máscara con manguera sin soplador
  - Full-facepiece type (includes gas mask)/ Mascara con cartucho químico
  - Self-contained breathing apparatus/ Aparato respiratorio autónomos

Have you worn a respirator in the past? /¿Ha usado un respirador en el pasado? .....  Yes  No

If "yes," what type(s)? /¿Si es asi, que tipo? \_\_\_\_\_

Physical exertion while wearing a respirator /Esfuerzo físico al usar un respirador:  Mild / (Leve)  Moderate / (Moderado)  Strenuous / (Agotador)

Maximum time you wear a respirator in a single day? / (¿Tiempo maximo que utiliza el respirador en un dia?): \_\_\_\_\_ Hours / Horas

Do you exercise? / (¿Hace ejercicio?) .....  Yes  No

If "yes," describe how often and what type of exercise activities / (Si es asi, describa que tan seguido y que tipo de ejercicio):

**Part A. Section 2.** (Mandatory) Questions 1 through 9 below must be answered by every employee who has been selected to use any type of respirator (please select "yes" or "no") / ((Obligatorio) Preguntas 1 a 9 tienen que ser respondidas por cada empleado que fue seleccionado usar cualquier tipo de respirador (porfavor marque "si" o "no").

**1. Do you currently smoke tobacco, or have you smoked tobacco in the last month? / (¿Actualmente fuma o ha fumado tabaco durante el ultimo mes?)**  Yes  No

If Yes, how many packs per day?  
(Si es asi, ¿cuantas cajetillas al dia?)  ½ or less/ ½ ó menos  1  2  2 or more / 2 ó mas

How many years have you smoked?  
(¿Cuantos años a fumado?)  1-9  10-19  20-29  30 or more /30 ó mas

**2. Have you ever had any of the following conditions?****(¿Alguna ves a tenido alguna de las siguientes condiciones?)**

- Seizures (fits) / (Convulsiones)  Yes  No
- Diabetes (sugar disease)/ (azucar en la sangre)  Yes  No
- Allergic reactions that interfere with your breathing  
(Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración)  Yes  No
- Claustrophobia (fear of closed-in spaces) / (Claustrofobia (Miedo de espacios cerrados))  Yes  No
- Trouble smelling odors / (Dificultad oliendo)  Yes  No

**3. Have you ever had any of the following pulmonary or lung problems? / ¿Alguna ves a tenido alguno de los siguientes problemas pulmonarios?**

- Asbestosis  Yes  No
- Asthma/ (Asma)  Yes  No
- Chronic bronchitis/ (Bronquitis Cronica)  Yes  No
- Emphysema / (Emfisema)  Yes  No
- Pneumonia / (Pulmonía)  Yes  No
- Tuberculosis  Yes  No
- Silicosis  Yes  No
- Pneumothorax (collapsed lung) / (Neumotorax (pulmon colapsado))  Yes  No
- Lung cancer / (Cáncer en los pulmones)  Yes  No
- Broken ribs / (Costillas quebradas)  Yes  No
- Any chest injuries or surgeries / (Lastimadura o cirugía en el pecho)  Yes  No
- Any other lung problem that you've been told about  
(Algun otro problema de los pulmones que le ha dicho su medico)  Yes  No

**4. Do you currently have any of the following symptoms of pulmonary or lung illness? / (¿Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?)**

- Shortness of breath / (Respiración dificultosa)  Yes  No
- Shortness of breath when walking fast on level ground or walking up a slight hill/incline  
(Respiración dificultosa cuando camina rapido sobre terreno plano o subiendo una colina)  Yes  No
- Shortness of breath when walking with other people at an ordinary pace on level ground  
(Respiración dificultosa cuando camina normalmente con otras personas sobre terreno plano)  Yes  No
- Have to stop for breath when walking at your own pace on level ground  
(¿Cuando camina normalmente en terreno plano se encuentra corto de respiración?)  Yes  No
- Shortness of breath when washing or dressing yourself  
(Respiración dificultosa cuando se esta bañando o vistiendo)  Yes  No
- Shortness of breath that interferes with your job / (Respiración dificultosa que le impide trabajar)  Yes  No
- Coughing that produces phlegm (thick sputum) / (Tos con flema)  Yes  No
- Coughing that wakes you early in the morning / (Tos que lo despierte temprano en la mañana)  Yes  No
- Coughing that occurs mostly when you are laying down / (Tos que occurred cuando esta acostado)  Yes  No
- Coughing up blood in the last month / (Ha tosido sangre en el ultimo mes)  Yes  No
- Wheezing / (Silbar o respirar con mucha dificultad)  Yes  No
- Wheezing that interferes with your job / (Silbar que lo impide trabajar)  Yes  No
- Chest pain when you breathe deeply / (Dolor de pecho cuando respire profundamente)  Yes  No
- Any other symptoms that you think may be related to lung  
(Otros síntomas que crea usted estan relacionados a los pulmones)  Yes  No

5. **Have you ever had any of the following cardiovascular or heart problems? / (¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o de Corazón?)**

- Heart attack / (Ataque cardiaco)  Yes  No
- Stroke / (Derrame cerebral)  Yes  No
- Angina / (Dolor en el pecho)  Yes  No
- Heart Failure / (Falla de corazón)  Yes  No
- Swelling in your legs or feet (not caused by walking)  
(Inflamación en las piernas o pies (que no sea por caminar))  Yes  No
- Heart arrhythmia (heart beating irregularly) / (Latidos irregulares del corazón)  Yes  No
- High blood pressure / (Presión alta)  Yes  No
- Any other heart problem that you've been told about  
(Algun otro problema cardio-vascular o cardiac)  Yes  No

6. **Have you ever had any of the following cardiovascular or heart symptoms? / (¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas cardiovasculares o de Corazón?)**

- Frequent pain or tightness in your chest / (Dolor o presión frecuente en el pecho)  Yes  No
- Pain or tightness in your chest during physical activity  
(Dolor o presión de pecho durante actividad física)  Yes  No
- Pain or tightness in your chest that interferes with your job  
(Dolor o presión de pecho que intervenga con su trabajo)  Yes  No
- In the past two years, have you noticed your heart skipping or missing a beat?  
(En los últimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente?)  Yes  No
- Heartburn or symptoms that is not related to eating  
(Indigestion o síntomas que no sean relacionados con alimentación?)  Yes  No
- Any other symptoms that you think may be related to heart or circulation problems  
(Algunos otros síntomas que piense que sean relacionados al corazón o problemas de circulación?)  Yes  No

7. **Do you currently take medication for any of the following problems? / (¿Actualmente esta tomando medicina para alguno de los siguientes problemas?)**

- Breathing or lung problems / (Problemas respiratorios)  Yes  No
- Heart trouble / (Problemas de corazón)  Yes  No
- Blood Pressure / (Presión alta)  Yes  No
- Seizures(fits) / (Convulsiones)  Yes  No

8. **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 to questions 9)**

*(Si ha usado un respirador, ¿alguna ves a tenido alguno de los siguientes problemas? (Si nunca ha usado un respirador, deje esta pregunta en blanco y continúe con la pregunta 9.))*

- Eye irritation / (Ojos irritados)  Yes  No
- Skin allergies or rashes / (Alergias o Sarpullido en la piel)  Yes  No
- Anxiety / (Ansiedad)  Yes  No
- General weakness or fatigue / (Debilidad o fatiga)  Yes  No
- Any other problem that interferes with your use of a respirator  
(Algun otro problema que interfiera con su uso del respirador)  Yes  No

9. **Would you like to talk to the health care professional who will review this questionnaire about your answers to this questionnaire? (¿Le gustaría hablar con el médico profesional autorizado por el estado que revisara este cuestionario sobre sus respuestas?)**

Yes  No

**SUPPLEMENTAL: If you are required to use a full-face piece respirator or a Self-Contained breathing Apparatus (SCBA), complete the following (If you do not, please sign on page 5).**

**SUPLEMENTARIO: Si es requerido usar una mascara con cartucho químico o aparato respiratorio autónomo (SCBA), responda las siguientes preguntas (Si no, por favor firme en la pagina 5).**

10. **Have you ever lost vision in either eye (temporarily or permanently)?**  
*(¿Ha perdido la vista en cualquiera de sus ojos? (temporalmente o permanentemente))*  Yes  No
11. **Do you currently have any of the following vision problems?**  
*(¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas de vision?)*
- Wear glasses / *(Usa lentes)*  Yes  No
- Wear contact lenses / *(Usa lentes de contacto)*  Yes  No
- Color blind / *(Daltoniano (dificultad distinguiendo colores))*  Yes  No
- Any other eye or vision problem / *(Algún otro problema con sus ojos o vista)*  Yes  No
12. **Have you ever had an injury to your ears, including a broken ear drum?**  
*(¿Ha tenido daño en sus oídos incluyendo rotura del tímpano?)*  Yes  No
13. **Do you currently have any of the following hearing problems?**  
*(¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas para oír?)*
- Difficulty hearing / *(Dificultad oyendo)*  Yes  No
- Wear a hearing aid / *(Usa un aparato para oír)*  Yes  No
- Any other hearing or ear problem / *(Tiene algún otor problema con sus oídos o dificultad escuchando?)*  Yes  No
14. **Have you ever had a back injury? / (¿Ha tenido alguna lastimadura en su espalda?)**  Yes  No
15. **Do you currently have any of the following musculoskeletal problems?**  
*(¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas de su aparato muscular o esqueleto?)*
- Weakness in any of your arms, hands, legs, or feet / *(Debilidad en sus brazos, manos, piernas, o pies)*  Yes  No
- Back pain / *(Dolor de espalda)*  Yes  No
- Difficulty fully moving your arms and legs / *(Dificultad moviendo sus brazos o piernas)*  Yes  No
- Pain or stiffness when you lean forward or backward at the waist  
*(Dolor o rigidez cuando se inclina hacia delante o atras)*  Yes  No
- Difficulty fully moving your head up or down / *(Dificultad moviendo su cabeza arriba o abajo)*  Yes  No
- Difficulty fully moving your head side to side / *(Dificultad moviendo su cabeza de lado a lado)*  Yes  No
- Difficulty squatting to the ground / *(Dificultad arrodillandose al piso)*  Yes  No
- Climbing a flight of stairs or a ladder carrying more than 25lbs  
*(Dificultad subiendo escaleras cargando mas de 25 libras)*  Yes  No
- Any other muscle or skeletal problem that interferes with using a respirator  
*(Algún otro problema muscular o esqueletal que le previene utilizar su respirador)*  Yes  No

**Any additional comments you would like to make / Algún comentario adicional que quiera hacer:** \_\_\_\_\_

Name / Nombre: \_\_\_\_\_

To the best of my knowledge, the information I have provided is true and accurate.  
(A lo mejor de mi conocimiento, la información que he proporcionado es verdadera y exacta.)

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Name / Nombre: \_\_\_\_\_

Signature / Firma: \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY THE EXAMINER/REVIEWER:**

***This employee has been found to be physically able to use the following (check each [ ] that applies):***

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Single use, filter mask (four attachment points)        | <input type="checkbox"/> Full-faced powered cartridge-type (PAPR)                  |
| <input type="checkbox"/> Half-faced cartridge-type, negative pressure            | <input type="checkbox"/> Self-contained breathing apparatus (SCBA)                 |
| <input type="checkbox"/> Full-faced cartridge-type respirator, negative pressure | <input type="checkbox"/> Hood/helmet powered cartridge-type (PAPR)                 |
| <input type="checkbox"/> Half-faced powered cartridge-type (PAPR)                | <input type="checkbox"/> Half-faced/Full-faced/Hood/Helmet (NOT positive pressure) |

Restrictions / Limitations (if any) when wearing a respirator:

\_\_\_\_\_

- This employee has been found to be physically NOT able to use a respirator***
- There is insufficient information to make a determination at this time***
- The mandatory questionnaire has been reviewed, and the employee has been found to be physically able to use a respirator.***
- The mandatory questionnaire has been reviewed but there is insufficient information to make a determination at this time.***

This respirator clearance expires 1  2  3  years from the date below. (If not marked, clearance expires in 1 year)

\_\_\_\_\_  
Reviewer's Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Reviewer's Signature

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

Examiner/Reviewer Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_