

Barcode:

150 White Plains Road  
Suite 204  
Tarrytown, NY 10591



(914) 593-0300 Pí  
(914) 347-4901 Fa  
www.claritytestin

## FORMA DE CONSENTIMIENTO DE SALUD OCUPACIONAL

Por lo presente le doy permiso a Clarity Testing Services, Inc. y a sus personales autorizado que hagan las siguientes pruebas:

### Seleccione Las Pruebas Apropriadas/Análisis de la Sangre:

- |   |     |                                  |     |
|---|-----|----------------------------------|-----|
| <b>Autorización Respiratoria</b>              | ( ) | <b>Medida para Respirador</b>    | ( ) |
| <b>Nivel de Plomo OSHA</b>                    | ( ) | <b>Rayos X o Radiografía</b>     | ( ) |
| <b>Análisis de la Sangre {Químicas y CBC}</b> | ( ) | <b>UA – Análisis da la Orina</b> | ( ) |
| <b>Hepatitis C</b>                            | ( ) | <b>Electrocardiograma {EKG}</b>  | ( ) |
| <b>Nivel de Mercurio</b>                      | ( ) | <b>Otro _____</b>                | ( ) |
| <b>Otro _____</b>                             | ( ) | <b>Otro _____</b>                | ( ) |

y que los resultados sean transmitidos a mi patrón o a un patrón autorizado y/o a un representante del sindicato. Entiendo que solamente los resultados seran revelados sin información personal o la historia médica incluida. A menos que yo no lo por escrito, los resultados no seran revelados con la excepción de un representante del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York o de un representante de la Administración de Salud Ocupacional y Seguridad. Estas pruebas no dara entender que se llevó a cabo instrucción en la conservación o protección del sentido de oír.

**He leído y entiendo este consentimiento.**

Nombre de empleado: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de compañía: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Puede leer?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Altura: \_\_\_\_pies \_\_\_\_pulgadas Peso: \_\_\_\_libras

Número de Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Dirección del Empleado ( solo para resultados de notification ) :**

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL EMPLEADO:** \_\_\_\_\_

## Cuestionario de Evaluación Médico obligado por la OSHA

Nombre de Empleado: \_\_\_\_\_ # SS \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

**La siguiente información debe de ser proveida por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador. Su empleador debe dejarlo responder estas preguntas durante horas de trabajo o en el momento y lugar que sea conveniente para usted. Para mantener este cuestionario confidencial, su empleador o supervisor no debe ver ni revisar sus respuestas.**

¿Le ha informado su patrón como comunicarse con el profesional de sanidad con licencia que va a revisar este cuestionario?  Sí  No

¿Ha usado algún tipo de respirador?  Sí  No

Si ha usado equipo protector respiratorio, que tipo(s) ha utilizado: \_\_\_\_\_

Anote el tipo de equipo protector respiratorio que va utilizar (puede anotar mas de una categoría):

Respirador disponible de clase N, R o P (por ejemplo: respirador de filtro mecánico, respirador sin cartucho)

Otros tipos (respirador con cartucho químico, mascarara con manguera sin soplador (SAR), aparato respiratorio autónomos (SCBA)).

**(Preguntas del 1 al 15 deben ser contestadas por cada empleado que fue seleccionado a usar cualquier tipo de respirador)**

<p><b>1. ¿Corrientemente fuma tabaco, o ha fumado tabaco durante el último mes?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>2. ¿Ha tenido algunas de las siguientes condiciones medicas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Convulsiones. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. Diabetes (azucar en la sangre) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. Reacciones alergicas que no lo deja respirar. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. Claustrofobia. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No e. Dificultad oliendo.</p> <p><b>3. ¿Ha tenido algunas de los siguientes problemas pulmonares?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Asbestosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. Bronquitis cronica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. Enfisema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No e. Pulmonía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No f. Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No g. Silicosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No h. Neumotorax (pulmon colapsado) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No i. Cáncer en los pulmones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No j. Costillas quebradas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No k. Injuria o cirujía en el pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No l. Algun otro problema de los pulmones que le ha dicho su médico.</p>	<p><b>4. ¿Corrientemente tiene algunos de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Respiración dificultosa. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. Respiración dificultosa cuando camina rapido sobre terreno plano o subiendo una colina. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. Respiración dificultosa cuando camina normalmente con otras personas sobre terreno plano. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. Cuando camina normalmente en terreno plano se encuentra corto de resuello. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No e. Respiración dificultosa cuando se esta bañando o vistiendo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No f. Respiración dificultosa que lo impede trabajar. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No g. Tos con flema. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No h. Tos que lo despierta temprano en la mañana. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No i. Tos que ocurre cuando esta acostado. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No j. Ha tosido sangre en el último mes. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No k. Silbar o respirar con mucha dificultad. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No l. Silbar que lo impede trabajar. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No m. Dolor del pecho cuando respira profundamente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No n. Otros síntomas que crea usted estar relacionados a los pulmones.</p>	<p><b>5. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas con el corazón?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Ataque cardiaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. Ataque cerebrovascular. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. Dolor en el pecho. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. Falla de carazón. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No e. Hinchazón en las piernas o pies (que no sea por caminar) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No f. Latidos irregulares del corazón. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No g. Alta presión. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No h. Algun otro problema con el corazón.</p> <p><b>6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas causados por su corazón?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Dolor de pecho frecuente o pecho apretado. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. Dolor o pecho apretado durante actividad física. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. Dolor o pecho apretado que no lo deja trabajar normalmente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. En los últimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No e. Dolor en el pecho o indigestión que no es relacionado a la comida. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No f. Algunos otros síntomas que usted piensa ser causado por problemas de sue corazón o de su circulación.</p> <p><b>7. ¿Esta tomando medicina por algunso de los siguientes problemas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Respiración dificultosa. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. Problemas del corazón. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. Alta presión. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. Convulsiones.</p>
---	--	--



## Cuestionario de Evaluación Médico obligado por la OSHA (Pg. 2)

Nombre de Empleado: \_\_\_\_\_ # SS \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<p><b>8. ¿Le ha causado algunos de los siguientes problemas usando el respirador? (si no ha usado un respirador, deje esta pregunta en blanco y continúe con pregunta 9.)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    a. Irritación de los ojos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    b. Alergias del cutis o sarpullido.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    c. Ansiedad que ocurre solamente cuando usa el respirador.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    d. Debilidad, falta de vigor o fatiga desacostumbrada.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    e. Algun otro problema que le impida utilizar su respirador.</p> <p><b>9. ¿Le gustaría hablar con el profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado que revisara este cuestionario sobre sus respuestas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>10. ¿Ha perdido la vista en cualquiera de sus ojos (temporalmente o permanente)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>11. ¿Corrientemente tiene algunos de los siguientes problemas con su vista?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    a. Usa lentes de contacto</p> <p><input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> No    b. Usa lentes</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    c. Daltoniano (dificultad distinguiendo colores)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    d. Tiene algun problema con sus ojos o su vista.</p> <p><b>12. ¿Ha tenido daño alguna en sus oídos incluyendo rotura del tímpano?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>13. ¿Corrientemente tiene uno de las siguientes problemas para oír?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    a. Dificultad oyendo.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    b. Usa un aparato para oír.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    c. Tiene algun otro problema con sus oídos o dificultad escuchando.</p> <p><b>14. ¿Se ha dañado o lastimado su espalda?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>15. ¿Tiene uno de los siguientes problemas de su aparato muscular o esquelético?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    a. Debilidad en sus brazo, manos, piernas o pies.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    b. Dolor de espalda.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    c. Dificultad para mover sus brazo y piernas completamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    d. Dolor o engarrotamiento cuando se inclina para adelante o para atras.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    e. Dificultad para mover su cabeza para arriba o para abajo completamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    f. Dificultad para mover su cabeza de lado a lado.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    g. Dificultad para agacharse doblando sus rodillas.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    h. Dificultad para agacharse hasta tocar el piso.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    i. Dificultad subiendo escaleras cargando mas de 25 libras.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    j. Algun problema muscular o con sus huesos que le evite usar un respirador.</p>
---	---	---

Physician Review \_\_\_\_\_

MedTech Clarification / Review: \_\_\_\_\_

### EMPLOYEE RESPIRATOR USE DETAIL

**To be completed by Employee. If not complete, employer representative should contact Clarity and provide information.**

Type (s) of respirator (s) to be worn:	Duration (Hours per day)	Frequency (Times per day)	Weight
<input type="checkbox"/> N95	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Half Face Negative Pressure Cartridge Respirator	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Full Face Negative Pressure Cartridge Respirator	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Powered Air Purifying Personal Respirator (PAPR)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Air Line (supplied air) Respirator	_____	_____	_____

Special considerations:

- Extreme temperatures & humidity
- Fully encapsulating suits
- Confined spaces
- Ambient temperature may reach 120 F ° in hot weather. Fully encapsulating suit with airline may be required. These conditions must be tolerated for 1 hour.
- Expected physical effort:     light                       moderate                       heavy
- Comments: \_\_\_\_\_



Employee Name: _____	SS # _____ - _____ - _____
Name of Employer: _____	Today's Date: _____

**MedTech Data (To be Completed by Med-Tech)**

Height: \_\_\_\_\_  
Weight: \_\_\_\_\_  
Blood Pressure: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Heart: \_\_\_\_\_ Rate    \_\_\_ Regular    \_\_\_ Irregular  
Respiratory: \_\_\_\_\_ Rate    \_\_\_ Clear    \_\_\_ Wheezing

**Med Tech Initials:** \_\_\_\_\_

**Physician Medical Certification (To be Completed by Physician)**

- \_\_\_ OSHA Respiratory Questionnaire Reviewed
- \_\_\_ Pulmonary Function Test Reviewed
- \_\_\_ Vital Signs Evaluation Reviewed

**Based upon the above clinical data, this employee is found to be:**

- \_\_\_ Qualified to wear a Respirator under *CFR Part 1910.134*
- \_\_\_ In need of further medical information / follow up: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_ Not qualified to wear a Respirator \_\_\_\_\_

**Physician Signature:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Jeffrey Altholz  
NYS LIC # 170767  
Westchester Medical Care, PLLC.  
160 South Central Ave  
Elmsford, NY 10523



## RESPIRATOR FIT TEST

Employee Name: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Name of Employer: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

**I. FITTING**

Qualitative: Bitrex	Half Face	Full Face
1. Qualitative Fit Check Procedures		
a. Negative pressure check: Pass/Fail	_____	_____
b. Positive pressure check: Pass/Fail	_____	_____
2. Qualitative Fit Test:		
a. Normal breathing	_____	_____
b. Deep breathing	_____	_____
c. Turn head from side-to-side	_____	_____
d. Nod head up and down	_____	_____
e. Rainbow Passage	_____	_____
f. Bend over and touch toes	_____	_____
g. Breathe normally	_____	_____
<b>Minimum Fit Factor</b>	<b>100</b>	<b>1000</b>

3. Overall Evaluation: Pass / Fail

4. Respirator approvals	Manufacturer	Type	Size	Fit Factor
Half face	_____	_____	_____	_____
Full-face	_____	_____	_____	_____

5. Activities requiring respirator \_\_\_\_\_

6. Issue card Yes/No Date \_\_\_\_\_

7. Date of medical examination \_\_\_\_\_

8. Approved with or without corrective lenses (circle one)

9. Training date (date of annual OSHA training) \_\_\_\_\_

**II. SIZE CHECK:** Performed for positive pressure respirator using a negative pressure face piece.  
 Negative pressure face piece must be same manufacturer as positive pressure face.

1. Quantitative: Portacount      2. Exercises (a-h above) Performed: Yes No

Pass / Fail \_\_\_\_\_ Manufacturer \_\_\_\_\_ Size \_\_\_\_\_

To be completed by Fit Test Technician:      **Employee Signature:** \_\_\_\_\_  
**Technician Name** \_\_\_\_\_ **Technician Signature** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_