





**El Consentimiento Para Examen**

1. Autorizó a Westchester Medical Care PLLC dba Clarity Testing (“Clarity”) y sus practicantes para evaluar mi estado de salud, solicitado por mi empleado, unión o orto tercera parte aprobada (Compañía contratando). Entiendo que la evaluación no establece una relación médico- paciente entre mu y Clarity Testing o cualquiera de sus practicantes. Entiendo que Clarity no proporcionará cualquier tratamiento o servicios futuros para mi, a no ser que requiero otra evaluación para el empleado.
2. Entiendo que el único propósito de este examen es evaluar mi estado de salud para el servicio requerido por la compañía contratando y el costo de examen será pagado por el contratante o yo mismo.
3. Con mi firma autorizo un informe en respecto a lo que Clarity encuentra y para que se envira la compañía contratando.
4. Entiendo que NO DEBO entrar en contacto con Clarity Testing a respecto a los resultados de mi evaluación o para las recomendaciones sobre el tratamiento o el cuidado. Entiendo que si tengo preocupaciones por mi salud física o bienestar, yo debo pedir las copias de mis resultado y entrar en contacto con mi medico regular.
5. Entiendo que Clarity tendrá ninguna responsabilidad por los resultados de mi examen o cualquier información que se obtuvo durante el examen yo irrevocablemente libero exonerar y dispensar de toda obligación a cualquiera y todos los reclamos y causes de acción de cualquier tipo (en ley con equidad o de otro manera) contra Clarity de sus conclusiones di mi examen fisco incluyendo pero no limitado a los resultado de mi examen y dándole el resultado a la compañía contratando y/o no dar conocer los resultado a mí.

Reconozco que he leído y entendido completamente este consentimiento y forme de liberación cualquier pregunta que puede haber tiendo con respecto a esta forma fueron contestadas suficientemente.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Nombré

\_\_\_\_\_

Fecha

---

Clarity Testing Representative: \_\_\_\_\_

Remarks: \_\_\_\_\_

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

## OSHA MEDICAL QUESTIONNAIRE (To Be Completed By Employee)

Nombre: \_\_\_\_\_

SS # XXX - XX - \_\_\_\_\_

**(La siguiente información debe ser proporcionada por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador, su empleador debe permitirle contestar 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 ver o revisar sus respuestas.)**

¿Le ha dicho a su empleador cómo comunicarse con el profesional del cuidado de la salud que va a revisar este cuestionario?  Sí  No  
¿ha usado algún tipo de respiratorio?  Sí  No Si respondió "Sí", ¿qué tipo?: \_\_\_\_\_  
Marque el tipo de respirador que va a utilizar (puede anotar más de una categoría):  
 N, R o un respirador desechable P (mascara con filtro, sólo sin cartucho).  
 Otro tipo (por ejemplo, medio / tipo de rostro completo, impulsado - purificador de aire suministrado -, un equipo de respiración autónomo de aire).

**(Preguntas del 1 al 16 deben ser contestadas por cada empleado que fue seleccionado a usar cualquier tipo de respirador)**

<p><b>1. ¿Corrientemente fumas tabaco, o a dumado tabaco drante el ultimo 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 <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 las siguiéntes condiciones medicas?</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 medico.</p> <p><b>4. Si Tienes Asma:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. ¿Está tomando medicación? Si es así, ¿con qué frecuencia lo toma? _____ b. ¿Qué tan frecuentes son sus ataques? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha necesitado la sala de emergencias por asma?</p>	<p><b>5. ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Respiración dificultosa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. Dificultad para respirar al caminar sobre terreno plano o subiendo una colina o pendiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c Respiración dificultosa cuando camina normalmente con ortas 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 buando se esta bañando o vistiendo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No f. Respiración dificultosa que lo impede a trabajar. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No g. Tos con felma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No h. Ros que lo derpierta temprano en la mañana <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No i. Tos que ocurre cuaando esta acostado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No j. Ha tosido sanfre en el ultimo 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 a trabajar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No m. Dolor del pecho cuando respira <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No n. Cualquier otro síntoma que usted piensa que tal vez relacionado con los pulmones</p>	<p><b>6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas de 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 de pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. Falla de corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No e. Hinchazón en las piernas o pies (no causado por caminar) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No f. Latidos irregulares del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No g. Presoón Alta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No h. Cualquier otro problema del corazón.</p> <p><b>7. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Dolor de pecho frecuente o presión en el pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. Dolor o presión en el pecho durante actividad física <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. Dolor o presión en el pecho que interfiere con su trabajo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. En los últimos dos años, ¿ha notado que su corazón late o perder el ritmo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No e. Acidez estomacal o indigestión que no está relacionada con le alimentación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No f. Cualquier otro síntoma que usted piensa que podría estar relacionado con problemas del corazón o de la circulación</p>
---	---	--

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

**Nombre :** \_\_\_\_\_

**SS #** XXX - XX - \_\_\_\_\_

<p><b>8. ¿ Esta tomando medicina por algunos de los siguientes problemas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    a. Respiración dificultosa</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    b. Problemas de corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    c. Presión alta</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    d. Convulsiones</p> <p><b>9. Si usted ha usado un respirador, ¿alguna vez has tenido alguno de los siguientes problemas? (Si usted nunca ha usado un respirador, marque el siguiente espacio _____ y pase a la pregunta 10)</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 en la piel o erupciones cutáneas</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    c. Ansiedad usando un respirador</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    d. Debilidad general o fatiga</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    e. Cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador</p> <p><b>10. ¿Le gustaría hablar con el profesional de la salud que va a revisar este cuestionario sobre sus respuestas a este cuestionario?</b>    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>11. ¿Alguna vez 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>12. ¿Corrientemente tiene algunos de los siguientes problems con su vista?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    a. Usa lentes de contacto</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    b. Usa lentes</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    c. Daltónico (dificultatad distinguiendo colores)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    d. Algun otro problema consus ojos o su vista</p> <p><b>13. ¿ Ha tenido daño en sus oidos incluyendo rotuna del tímpani?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>14. ¿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. Cualquier otro problema de audición o del oído</p>	<p><b>15. ¿Alguna vez ha dañado o lastimado su espalda?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>16. ¿Tiene uno de los siguientes problemas de su aparato muscular o esqueleto?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    a. Debilidad en los brazos, 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 brazos y piernas</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    d. Dolor o rigidez cuando se inclina hacia adelante o hacia atrás en la cintura</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    e. Dificultad para mover la cabeza hacia arriba o hacia abajo</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    f. Dificultad para mover la cabeza de lado a lado</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    g. Dificultad para agacharse doblando las rodillas</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    h. Dificultad para agacharse hasta el suelo</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. Cualquier otro problema muscular o del esqueleto que interfiera con el uso de 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: \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ SS # XXX - XX - \_\_\_\_\_  
Compañía: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**(Esta página debe ser completada por personal médico)**

**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, M.D.  
NYS LIC #170767  
Westchester Medical Care, PLLC  
150 White Plains Rd  
Tarrytown, NY 10591



## RESPIRATOR FIT TEST

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **SS #** XXX -XX - \_\_\_\_

**Compañía:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*(Esta página debe ser completada por personal médico)*

**I. SENSITIVITY TEST:** Pass \_\_\_\_\_ Fail \_\_\_\_\_

**II. 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

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

**Minimum Fit Factor**

**100**

**1000**

3. Overall Evaluation: Pass / Fail

4. Respirator approvals	<b>Manufacturer</b>	<b>Type</b>	<b>Size</b>	<b>Fit Factor</b>
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) \_\_\_\_\_

**III. 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: **Firma:** \_\_\_\_\_

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

**Technician Name**

**Technician Signature**