

150 White Plains Road
Suite 204
Tarrytown, NY 10591



(914) 593-0300 Ph.
(914) 347-4901 Fax
www.claritytesting.com

Barcode:

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:

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

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>1. ¿Corrientemente fuma tabaco, o ha fumado tabaco durante el último mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Ha tenido algunas de las siguientes condiciones medicas? <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>3. ¿Ha tenido algunas de los siguientes problemas pulmonares? <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>4. ¿Corrientemente tiene algunos de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones? <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>5. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas con el corazón? <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>6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas causados por su corazón? <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>7. ¿Esta tomando medicina por alguno de los siguientes problemas? <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>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.)</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>9. ¿Le guastaría hablar con el profesional de sanidad con licencia autorizado por el estado que revisara este cuestionario sobre sus respuestas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Ha perdido la vista en cualquiera de sus ojos (temporalmente o permanente)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>11. ¿Corrientemente tiene algunos de los siguientes problemas con su vista?</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. 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>12. ¿Ha tenido daño alguna en sus oídos incluyendo rotura del tímpano?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. ¿Corrientemente tiene uno de las siguientes problemas para oír?</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>14. ¿Se ha dañado o lastimado su espalda?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>15. ¿Tiene uno de los siguientes problemas de su aparato muscular or esqueleto?</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, M.D.
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	_____	_____
Minimum Fit Factor	100	1000

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** _____

<u>To be completed by Fit Test Technician:</u>	Employee Signature: _____
Technician Name _____	Technician Signature _____ Date: ___ / ___ / ___