

Employer Services Patient Information

About You

Reason for Today's Visit

Injury care Physical exam DOT (CDL) certification Drug screen Other: _____

Social security number or Military DBN: _____ Date of birth (MM/DD/YYYY): _____

Last name: _____ First name: _____ Middle initial: _____

Address: _____ Apartment number: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____

Home phone: _____ Work phone: _____ Cell phone: _____

Birth Sex: Male Female Gender: Male Female Non-binary Single Married

Email address: _____ Concentra may send a detailed email: Yes No

For security of your records, all emails containing protected health information (PHI) are sent encrypted.

* **Consent to Receive Text Messages:** By providing your personal cell phone number to Concentra, you are agreeing to receive text messages from Concentra, its related companies, and/or vendors regarding medical services. Your consent to receive such communication is not a condition of the provision of medical services.

Signature: _____ Date: _____

About Your Employer Employer Requesting Services

Company name: _____ Location/store number: _____

Address: _____ Suite number: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____

Is your employment arranged through a temporary hire agency? Yes No

Name of agency: _____ Agency phone: _____

Notice of Privacy Practices

Your name and signature below indicates that you have been made aware of Concentra's Notice of Privacy Practices (NOPP) on the date indicated. You understand that the NOPP is posted in the center and a copy will be provided to you if you request it. If this is your first date of service with Concentra, please indicate this to the front desk receptionist and he/she will provide you a copy of the NOPP. If you have any questions regarding the information in Concentra's Notice of Privacy Practices, contact Concentra's Privacy Office at 800-819-5571 or privacyoffice@concentra.com.

Name: (please print) _____ Date notice received: _____

Signature: _____ Date: _____

Consent

Please read and sign both sections below UNLESS you are here for a Department of Transportation drug screen or breath alcohol test only (no physical).

The information provided is correct to the best of my knowledge. I will not hold Concentra, its health provider, or its employees responsible for any errors or omissions that I may have made in completing the information on this form.

Signature: _____ Date: _____

I give permission to Concentra to perform the following services that the physicians and other non-physician providers and assistants may deem to be necessary: (a) medical, surgical, and diagnostic (e.g., including but not limited to x-rays, blood draws, and laboratory tests) processes, treatments, and procedures; (b) administration of injections, medications, and immunizations (with immunizations to occur after receipt of any applicable vaccine information statements ("VIS" or "VISs")); and (c) completion of medically appropriate tests for communicable and other diseases; and (d) completion of a pelvic examination, if medically appropriate. I further understand that by consenting to receive vaccine, I am authorizing Concentra to release my immunization information to the applicable state immunization registry.

Signature: _____ Date: _____

OSHA Respirator Medical Evaluation Questionnaire (Mandatory)

Cuestionario de evaluación médica del respirador de OSHA (obligatorio)

To the employer: Answers to questions in Section 1, and to question 9 in Section 2 of Part A, do not require a medical examination.

To the employee: Your employer must allow you to answer this questionnaire during normal working hours, or at a time and place that is convenient to you. To maintain your confidentiality, your employer or supervisor must not look at or review your answers, and your employer must tell you how to deliver or send this questionnaire to the health care professional who will review it.

Part A. Section 1. (Mandatory)

The following information must be provided by every employee who has been selected to use any type of respirator (please print).

Para el empleador: Las respuestas a las preguntas de la Sección 1 y a la pregunta 9 de la Sección 2 de la Parte A no necesitan un examen médico.

Para el empleado: Su empleador debe permitirle responder 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 mirar o revisar sus respuestas, y debe decirle cómo entregar o enviar este cuestionario al profesional de atención médica que lo revisará.

Parte A. Sección 1. (Obligatorio)

Cada empleado que haya sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador debe dar la siguiente información (en letra de imprenta).

Today's date: 12/07/2023
 Fecha de hoy: _____

Your name: _____ Date of Birth: _____ Your age (to nearest year): _____
 Su nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Su edad (al año más cercano): _____

Sex: Male Female Your height: _____ ft. _____ in. Your weight: _____ lbs.
 Sexo: Masculino Femenino Su altura: _____ pies. Su peso: _____ libras.

Your job title: _____ Employee ID/Alternative ID: _____
 El título de su trabajo: _____ ID de Empleado/ID Alternativo _____

A phone number where you can be reached by the health care professional who reviews this questionnaire (include the Area Code): _____ The best time to phone you at this number: _____
 Un número de teléfono donde el profesional de atención médica que revise este cuestionario lo pueda contactar (incluya el Código de área): _____ El mejor momento para llamarlo a este número: _____

Has your employer told you how to contact the health care professional who will review this questionnaire? Yes/Sí No/No
 ¿Su empleador le dijo cómo comunicarse con el profesional atención médica que revisará este cuestionario?

Check the type of respirator you will use (you can check more than one category):
 Verifique el tipo de respirador que usará (puede marcar más de una categoría):

_____ N, R, or P disposable respirator (filter-mask, non-cartridge type only).
 Respirador desechable N, R o P (máscara con filtro, solo del tipo sin cartucho).

_____ Other type (for example, half- or full-facepiece type, powered-air purifying, supplied-air, self-contained breathing apparatus).
 Otro tipo (por ejemplo, tipo de máscara de media cara o completa, purificador de aire alimentado, aire suministrado, aparato de respiración autónomo).

Have you worn a respirator? Yes/Sí No/No
 ¿Ha usado un respirador?

If "yes," what type(s): _____
 Si la respuesta es sí, qué tipo (s) _____

Patient: _____ DOB: _____ Employee ID/Alternative ID: _____ Service Date: _____

OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

Part A. Section 2. (Mandatory)

Questions 1 through 9 below must be answered ("yes" or "no") by every employee who has been selected to use any type of respirator. Please explain the details of all "yes" answers in section 2, Part A.

Parte A. Sección 2. (Obligatorio)

Cada empleado que haya sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador debe responder las preguntas 1 a 9 de abajo ("sí" o "no"). Explique los detalles de las respuestas en las que respondió "sí" en la Parte A de la sección 2.

	Yes/Sí	No
1. Do you currently smoke tobacco, or have you smoked tobacco in the last month? ¿Fuma tabaco actualmente o ha fumado tabaco en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever had any of the following conditions? ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Seizures Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Diabetes (sugar disease) Diabetes (enfermedad del azúcar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Allergic reactions that interfere with your breathing Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Claustrophobia (fear of closed-in places) Claustrofobia (miedo a lugares cerrados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Trouble smelling odors Problemas para oler olores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever had any of the following pulmonary or lung problems? ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Asbestosis Asbestosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Asthma Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Chronic bronchitis Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Emphysema Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pneumonia Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tuberculosis Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Silicosis Silicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Pneumothorax (collapsed lung) Neumotórax (colapso pulmonar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Lung cancer Cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Broken ribs Costillas rotas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Any chest injuries or surgeries Cualquier lesión en el pecho o cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Any other lung problem that you've been told about Cualquier otro problema pulmonar que le hayan informado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you currently have any of the following symptoms of pulmonary or lung illness? ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Shortness of breath Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Shortness of breath when walking fast on level ground or walking up a slight hill or incline Falta de aire cuando camina rápido en terreno llano o cuando sube una pequeña colina o pendiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient: _____ DOB: _____ Employee ID/Alternative ID: _____ Service Date: _____

OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

	Yes/Sí	No
c. Shortness of breath when walking with other people at an ordinary pace on level ground Falta de aire cuando camina con otras personas a un ritmo normal en terreno llano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Have to stop for breath when walking at your own pace on level ground Tiene que detenerse para respirar cuando camina a su propio ritmo en terreno llano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Shortness of breath when washing or dressing yourself Falta de aire cuando se lava o se viste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Shortness of breath that interferes with your job Falta de aire que interfiere con su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Coughing that produces phlegm (thick sputum) Tos que produce flema (esputo espeso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Coughing that wakes you early in the morning Tos que lo despierta temprano en la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Coughing that occurs mostly when you are lying down Tos que ocurre principalmente cuando está acostado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Coughing up blood in the last month Tos con sangre en el último mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Wheezing Sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Wheezing that interferes with your job Sibilancias que interfieren con su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Chest pain when you breathe deeply Dolor en el pecho cuando respira profundamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Any other symptoms that you think may be related to lung problems Cualquier otro síntoma que considere que puede estar relacionado con problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you ever had any of the following cardiovascular or heart problems? ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o cardíacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Heart attack Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Stroke Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Angina Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Heart failure Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Swelling in your legs or feet (not caused by walking) Hinchazón en sus piernas o pies (no causada por caminar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Heart arrhythmia (heart beating irregularly) Arritmia cardíaca (latidos cardíacos irregulares)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. High blood pressure Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Any other heart problem that you've been told about Cualquier otro problema cardíaco que le hayan informado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you ever had any of the following cardiovascular or heart symptoms? ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas cardiovasculares o cardíacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Frequent pain or tightness in your chest Dolor frecuente o presión en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pain or tightness in your chest during physical activity Dolor o presión en el pecho durante la actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pain or tightness in your chest that interferes with your job Dolor o presión en el pecho que interfiere con su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient: _____ DOB: _____ Employee ID/Alternative ID: _____ Service Date: _____

OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

	Yes/Sí	No
d. 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 se salta o pierde el ritmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Heartburn or indigestion that is not related to eating Acidez estomacal o indigestión que no está relacionada con la alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Any other symptoms that you think may be related to heart or circulation problems Cualquier otro síntoma que crea que puede estar relacionado con problemas cardíacos o de circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Do you currently take medication for any of the following problems? ¿Toma actualmente medicamentos para alguno de los siguientes problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Breathing or lung problems Problemas respiratorios o pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Heart trouble Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Blood pressure Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Seizures Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 go to question 9.____) Si ha usado un respirador, ¿ alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas? (Si nunca ha usado un respirador, verifique el siguiente espacio y pase a la pregunta 9.____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Eye irritation Irritación ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Skin allergies or rashes Alergias o sarpullidos en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Anxiety Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. General weakness or fatigue Debilidad general o fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Any other problem that interferes with your use of a respirator Cualquier otro problema que interfiera con su uso de un respirador:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 profesional de atención médica que revisará este cuestionario sobre sus respuestas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please explain the details of all "yes" answers above:
Explique los detalles de las respuestas en las que respondió "sí" anteriormente:

Questions 10 to 15 below must be answered by every employee who has been selected to use either a full-facepiece respirator or a self-contained breathing apparatus (SCBA). For employees who have been selected to use other types of respirators, answering these questions is voluntary.

Cada empleado que ha sido seleccionado para usar un respirador de máscara completa o un aparato de respiración autónomo (SCBA) debe responder las preguntas 10 a 15 de abajo. Para los empleados que han sido seleccionados para usar otros tipos de respiradores, responder estas preguntas es voluntario.

	Yes/Sí	No
10. Have you ever lost vision in either eye (temporarily or permanently)? ¿Alguna vez perdió la visión en un ojo (temporal o permanentemente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Do you currently have any of the following vision problems? ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas de visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Wear contact lenses Usa lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Wear glasses Usa anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient: _____ DOB: _____ Employee ID/Alternative ID: _____ Service Date: _____

OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

	Yes/Sí	No
c. Color blind Daltónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Any other eye or vision problem Cualquier otro problema de ojo o visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Have you ever had an injury to your ears, including a broken ear drum? ¿Alguna vez ha tenido una lesión en los oídos, incluyendo un tímpano roto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Do you currently have any of the following hearing problems? ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas de audición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Difficulty hearing Dificultad para escuchar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Wear a hearing aid Use un audífono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Any other hearing or ear problem Cualquier otro problema de audición u oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Have you ever had a back injury Alguna vez ha tenido una lesión en la espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Do you currently have any of the following musculoskeletal problems? ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas musculoesqueléticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Weakness in any of your arms, hands, legs, or feet Debilidad en cualquiera de sus brazos, manos, piernas o pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Back pain Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Difficulty fully moving your arms and legs Dificultad para mover completamente los brazos y las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Pain or stiffness when you lean forward or backward at the waist Dolor o rigidez cuando se inclina hacia adelante o hacia atrás en la cintura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Difficulty fully moving your head up or down Dificultad para mover completamente la cabeza hacia arriba o hacia abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Difficulty fully moving your head side to side Dificultad para mover completamente la cabeza de lado a lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Difficulty bending at your knees Dificultad para doblarse de rodillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Difficulty squatting to the ground Dificultad para ponerse en cuclillas en el suelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Climbing a flight of stairs or a ladder carrying more than 25 lbs Subir un tramo de escaleras o una escalera de más de 25 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Any other muscle or skeletal problem that interferes with using a respirator Cualquier otro problema muscular o esquelético que interfiera con el uso de un respirador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please explain the details of all "yes" answers above:

Explique los detalles de las respuestas en las que respondió "sí" anteriormente:

Employee signature/Firma del empleado: _____

PLHCP's comments (use page 9 if additional space required):

TO THE PLHCP: Check the ONE that applies

- I have reviewed Part A Section 2 of this questionnaire with the employee and I do not recommend that a follow up medical examination* be performed.
- I have reviewed Part A Section 2 of this questionnaire with the employee and I am recommending that a follow up medical examination* be performed.
- I have reviewed Part A Section 2 of this questionnaire without the employee and I do not recommend that a follow up medical examination* be performed.
- I have reviewed Part A Section 2 of this question without the employee and I am recommending that a follow up medical examination* be performed.

*1910.134(e)(3)(ii): The follow-up medical examination shall include any medical tests, consultations, or diagnostic procedures that the PLHCP deems necessary to make a final determination.

PLHCP signature: _____

Date: _____

Patient: _____ DOB: _____ Employee ID/Alternative ID: _____ Service Date: _____

OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

Part B

Any of the following questions, and other questions not listed, may be added to the questionnaire at the discretion of the health care professional who will review the questionnaire.

Parte B

Cualquiera de las siguientes preguntas, y otras preguntas que no figuran en la lista, se pueden agregar al cuestionario a discreción del profesional de atención médica que revisará el cuestionario.

	Yes/Si	No
<p>1. 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? En su trabajo actual, ¿está trabajando a grandes altitudes (más de 5,000 pies) o en un lugar que tiene cantidades de oxígeno inferiores a lo normal?</p> <p>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? Si la respuesta es "sí", ¿siente mareos, falta de aire, golpes en el pecho u otros síntomas cuando trabaja en estas condiciones?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. At work or at home, have you ever been exposed to hazardous solvents, hazardous airborne chemicals (e.g., gases, fumes, or dust), or have you come into skin contact with hazardous chemicals? En el trabajo o en el casa, ¿alguna vez estuvo expuesto a solventes peligrosos, productos químicos peligrosos en el aire (p. ej., gases, humos o polvo)?, o ¿tuvo contacto con productos químicos peligrosos de la piel?</p> <p>If "yes," name the chemicals if you know them: Si la respuesta es sí, nombre los productos químicos si los conoce</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. Have you ever worked with any of the materials, or under any of the conditions, listed below? ¿Alguna vez ha trabajado con alguno de los materiales o bajo alguna de las condiciones, que se listan abajo?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>a. Asbestos Asbesto</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>b. Silica (e.g., in sandblasting) Silice (p. ej. , En arenado)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>c. Tungsten/cobalt (e.g., grinding or welding this material) Tungsteno/cobalto (p. ej., moler o soldar este material)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>d. Beryllium Berilio</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>e. Aluminum Aluminio</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>f. Coal (for example, mining) Carbón (por ejemplo, minería)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>g. Iron Hierro</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>h. Tin Estaño</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>i. Dusty environments Ambientes con polvo</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>j. Any other hazardous exposures Cualquier otra exposición peligrosa</p> <p>If "yes," describe these exposures: En caso afirmativo, describa estas exposiciones</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient: _____ DOB: _____ Employee ID/Alternative ID: _____ Service Date: _____

OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

	Yes/Sí	No
<p>4. List any second jobs or side businesses you have: Liste cualquier segundo trabajo o negocio secundario que tenga</p>		
<p>5. List your previous occupations: Liste sus ocupaciones anteriores</p>		
<p>6. List your current and previous hobbies: Liste sus pasatiempos actuales y anteriores</p>		
<p>7. Have you been in the military services? ¿Ha estado en el servicio militar?</p> <p style="margin-left: 20px;">If "yes," were you exposed to biological or chemical agents (either in training or combat)? Si la respuesta es sí ¿estuvo expuesto a agentes biológicos o químicos (ya sea en entrenamiento o combate)?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>8. Have you ever worked on a HAZMAT team? ¿Alguna vez ha trabajado en un equipo HAZMAT?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>9. 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)? Aparte de los medicamentos para problemas respiratorios y pulmonares, problemas cardíacos, presión arterial y convulsiones mencionados anteriormente en este cuestionario, ¿está tomando otros medicamentos por algún motivo (incluyendo los medicamentos de venta libre)?</p> <p style="margin-left: 20px;">If "yes," name the medications if you know them: Si la respuesta es sí, nombre los medicamentos si los conoce</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>10. Will you be using any of the following items with your respirator(s)? ¿Utilizará alguno de los siguientes artículos con su respirador?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>a. HEPA Filters Filtros HEPA</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>b. Canisters (for example, gas masks) Botes (por ejemplo, máscaras de gas)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>c. Cartridges Cartuchos</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>11. How often are you expected to use the respirator(s) ("yes" or "no" for all answers that apply to you)? ¿Con qué frecuencia se espera que use los respiradores ("sí" o "no" para todas las respuestas que se apliquen a usted)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>a. Escape only (no rescue) Solo escape (sin rescate)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>b. Emergency rescue only Solo rescate de emergencia</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>c. Less than 5 hours per week Menos de 5 horas por semana</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>d. Less than 2 hours per day Menos de 2 horas por día</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>e. 2 to 4 hours per day 2 a 4 horas por día</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>f. Over 4 hours per day Más de 4 horas por día</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient: _____ DOB: _____ Employee ID/Alternative ID: _____ Service Date: _____

OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

	Yes/Sí	No
<p>12. During the period you are using the respirator(s), is your work effort Durante el período en que usa el respirador, su esfuerzo de trabajo es</p>		
<p>a. Light (less than 200 kcal per hour) Ligero (menos de 200 kcal por hora) If "yes," how long does this period last during the average shift: _____ hrs. _____ mins. Si la respuesta es sí, ¿cuánto dura este período durante el turno promedio: _____ horas. _____ mins. <i>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 lbs.) or controlling machines.</i> <i>Ejemplos de un esfuerzo de trabajo ligero son sentarse mientras escribe, mecanografía, dibuja o realiza trabajos de ensamblaje ligero; o de pie mientras opera una prensa de taladro (1-3 lbs.) o controla máquinas.</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>b. Moderate (200 to 350 kcal per hour) Moderado (200 a 350 kcal por hora) If "yes," how long does this period last during the average shift: _____ hrs. _____ mins. Si la respuesta es sí, ¿cuánto dura este período durante el turno promedio: _____ horas. _____ mins. <i>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 lbs.) at trunk level; walking on a level surface about 2 mph or down a 5-degree grade about 3 mph; or pushing a wheelbarrow with a heavy load (about 100 lbs.) on a level surface.</i> <i>Ejemplos de trabajo moderado son sentarse mientras clava o archiva; conducir un camión o autobús en el tráfico urbano; de pie mientras perfora, clava, realiza trabajos de ensamblaje o transfiere una carga moderada (aproximadamente 35 lbs.) a nivel del tronco; caminar sobre una superficie nivelada de aproximadamente 2 mph o bajar una pendiente de 5 grados aproximadamente 3 mph; o empujando una carretilla con una carga pesada (aproximadamente 100 lbs.) en una superficie nivelada.</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>c. Heavy (above 350 kcal per hour) Pesado (más de 350 kcal por hora) If "yes," how long does this period last during the average shift: _____ hrs. _____ mins. Si la respuesta es sí, ¿cuánto dura este período durante el turno promedio: _____ horas. _____ mins. <i>Examples of heavy work are lifting a heavy load (about 50 lbs.) 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 mph; climbing stairs with a heavy load (about 50 lbs.).</i> <i>Ejemplos de trabajo pesado son levantar una carga pesada (alrededor de 50 libras) desde el piso hasta la cintura o el hombro; trabajando en un muelle de carga; palear de pie mientras albañilería o astillas de fundición; caminando por un grado de 8 grados aproximadamente 2 mph; subir escaleras con una carga pesada (aproximadamente 50 libras).</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13. Will you be wearing protective clothing and/or equipment (other than the respirator) when you're using your respirator? ¿Utilizará ropa o equipo de protección (que no sea el respirador) cuando lo use? If "yes," describe this protective clothing and/or equipment: Si la respuesta es sí, describa esta ropa o equipo de protección</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>14. Will you be working under hot conditions (temperature exceeding 77 deg. F)? ¿Trabjará en condiciones de calor (temperatura superior a 77 grados F)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>15. Will you be working under humid conditions? ¿Trabjará en condiciones de humedad</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>16. Describe the work you'll be doing while you're using your respirator(s) Describa el trabajo que estará haciendo mientras usa su respirador</p>		
<p>17. Describe any special or hazardous conditions you might encounter when you're using your respirator(s) (for example, confined spaces, life-threatening gases) Describa cualquier condición especial o peligrosa que pueda encontrar cuando use su respirador (por ejemplo, espacios confinados, gases potencialmente mortales)</p>		

Patient: _____ DOB: _____ Employee ID/Alternative ID: _____ Service Date: _____

OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

18. Provide the following information, if you know it, for each toxic substance that you'll be exposed to when you're using your respirator(s): Dé la siguiente información, si lo sabe, para cada sustancia tóxica a la que estará expuesto cuando use sus respiradores:		
Name of the first toxic substance: Nombre de la primera sustancia tóxica		
Estimated maximum exposure level per shift: Nivel máximo de exposición estimado por turno		
Duration of exposure per shift: Duración de la exposición por turno		
Name of the second toxic substance: Nombre de la segunda sustancia tóxica		
Estimated maximum exposure level per shift: Nivel máximo de exposición estimado por turno		
Duration of exposure per shift: Duración de la exposición por turno		
Name of the third toxic substance: Nombre de la tercera sustancia tóxica		
Estimated maximum exposure level per shift: Nivel máximo de exposición estimado por turno		
Duration of exposure per shift: Duración de la exposición por turno		
The name of any other toxic substances that you'll be exposed to while using your respirator: El nombre de cualquier otra sustancia tóxica a la que estará expuesto mientras usa su respirador:		
19. Describe any special responsibilities you'll have while using your respirator(s) that may affect the safety and well-being of others (for example, rescue, security) Describa cualquier responsabilidad especial que tendrá al usar su respirador (es) que pueda afectar la seguridad y el bienestar de otros (por ejemplo, rescate, seguridad)		

Employee signature/Firma del empleado: _____

Additional PLHCP comments:

PLHCP signature: _____ Date: _____

[63 FR 1152, Jan. 8, 1998; 63 FR 20098, April 23, 1998; 76 FR 33607, June 8, 2011; 77 FR 46949, Aug. 7, 2012]