División de Seguridad y Salud Ocupacional (DOSH, por su sigla en inglés) Cuestionario de Evaluación Médica

Del Código Administrativo de Washington (WAC, por su sigla en inglés)

WAC 296-842-22005

**Instrucciones**

**Empresarios:**

* Puede utilizar cuestionarios en línea si cumplen con los requisitos de WAC 296-842-14005
* Debe informarle a su empleado como entregar o enviar el cuestionario completo al profesional de salud seleccionado.
* **No debe revisar** los cuestionarios de los empleados.

**Profesionales de la salud:**

* Revise la información de este cuestionario y cualquier información adicional que le haya proporcionado el empresario.
* Puede agregar preguntas a este cuestionario a su discreción, sin embargo, las preguntas de las partes 1-3 no pueden eliminarse ni modificarse sustancialmente.
* Si hay una respuesta positiva a las preguntas de la 1 a la 8 en la parte 2, o las preguntas de la 1 a la 6 en la parte 3, se requiere una evaluación de seguimiento. Esto podría incluir consultas telefónicas para evaluar respuestas positivas, pruebas médicas y procedimientos de diagnóstico.
* Cuando la evaluación este completa, envíe por escrito una copia de su recomendación al empresario y al empleado.

**Empleados:**

* Su empresario/patrón o supervisor debe permitirle responder este cuestionario durante el horario normal de trabajo, o en el tiempo y lugar que le resulte a usted conveniente.
* Su empresario/patrón o supervisor no debe leer ni revisar sus respuestas en ningún momento.

**Parte 1. Antecedentes del empleado**

**Todos los empleados deben completar esta parte. (Por favor escriba claro)**

1. Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Su nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Su edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Su sexo (encierre en un circule) Masculino o Femenino

5. Estatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_pies \_\_\_\_\_\_\_\_\_pulgadas

6. Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_libras

7. Su ocupación, título o tipo de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Número de teléfono a donde le pueda llamar un profesional de servicios de salud que revisará este cuestionario (incluya el código de área): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Indique la hora más conveniente para llamarle a este número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. ¿Le ha informado su patrón/supervisor como comunicarse con el profesional de salud que revisará este cuestionario (encierre en un círculo su respuesta)? Sí o No

11. Anote el tipo de equipo de protección respiratoria que utilizará (puede marcar con una “X” más de una categoría)

a.\_\_\_\_\_ Mascarilla de protección respiratoria desechable de clase N, R, o P (por ejemplo: mascarilla con filtro, mascarilla sin cartucho)

b. Marque todo los que aplican:

\_\_ Mascarilla media cara \_\_\_ Mascarilla de cara completa \_\_\_ Mascarilla con capucha (escafandra)

\_\_ Mascarilla de escape \_\_\_ Mascarilla con suministro de aire con cartucho químico

\_\_ Respirador con manguera sin ventilador (SAR, por su sigla en inglés)

\_\_ Mascarilla con suministro autónomo (tanque) de aire (SCBA, por su sigla en inglés)

\_\_ Mascarilla de presión a demanda -

\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12. ¿Ha usado algún tipo de mascarilla de protección respiratoria?** Sí o No

Si ha usado, qué tipo:

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

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

**Parte 2. Información general de Salud**

**TODOS los empleados deben completar esta sección.**

Por favor encierre en un círculo “Si o No”

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ¿**Actualmente fuma tabaco o ha fumado tabaco durante el último mes?**
 | Sí o No |

**2. ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?**

|  |  |
| --- | --- |
| a. Convulsiones | Sí o No |
| b. Diabetes (azúcar en la sangre) | Sí o No |
| c. Reacciones alérgicas que le dificultan respirar | Sí o No |
| d. Claustrofobia (fobia a espacios cerrados) | Sí o No |
| e. Dificultad con el olfato (distinguir olores) | Sí o No |

**3. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares?**

|  |  |
| --- | --- |
| a. Asbestosis | Sí o No |
| b. Asma | Sí o No |
| c. Bronquitis crónica | Sí o No |
| d. Enfisema (aire atrapado en los pulmones) | Sí o No |
| e. Pulmonía | Sí o No |
| f. Tuberculosis | Sí o No |
| g. Silicosis | Sí o No |
| h. Neumotórax (pulmón colapsado) | Sí o No |
| i. Cáncer en los pulmones | Sí o No |
| j. Costillas fracturadas | Sí o No |
| k. Alguna lesión o cirugía en el pecho | Sí o No |
| l. Algún otro problema de los pulmones diagnosticado por su médico | Sí o No |

**4. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?**

|  |  |
| --- | --- |
| a. Dificultad para respirar (le falta el aire) | Sí o No |
| b. Dificultad para respirar (le falta el aire) cuando camina rápido sobre terreno plano o subiendo una pendiente: | Sí o No |
| c. Dificultad para respirar (le falta el aire) cuando camina normalmente con otras personas sobre terreno plano: | Sí o No |
| d. ¿Tiene que detenerse para respirar cuando camina normalmente en un terreno plano?  | Sí o No |
| e. ¿Le falta el aire cuando se está bañando o vistiendo? | Sí o No |
| f. ¿Dificultad para respirar (le falta el aire) que le impide trabajar? | Sí o No |
| g. ¿Tos con flema? | Sí o No |
| h. ¿Tos que lo despierta temprano en la mañana? | Sí o No |
| i. ¿Tose usualmente cuando esta acostado? | Sí o No |
| j. ¿Ha tosido sangre en el último mes? | Sí o No |
| k. ¿Respira con resuello (haciendo ruido como un silbido) y con mucha dificultad? | Sí o No |
| l. ¿Respira con resuello que le impide trabajar? | Sí o No |
| m. ¿Dolor del pecho cuando respira profundamente? | Sí o No |
| n. ¿Otros síntomas que puedan estar relacionados a los pulmones? | Sí o No |

**5. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas con el corazón?**

|  |  |
| --- | --- |
| a. Ataque cardiaco | Sí o No |
| b. Ataque cerebrovascular | Sí o No |
| c. Dolor en el pecho | Sí o No |
| d. Falla de corazón | Sí o No |
| e. Hinchazón en las piernas o pies (que no sea por caminar) | Sí o No |
| f. Palpitaciones irregulares del corazón | Sí o No |
| g. Presión alta  | Sí o No |
| h. Algún otro problema cardiovascular o cardíaco | Sí o No |

**6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas causados por su corazón?**

|  |  |
| --- | --- |
| a. Dolor de pecho o presión en el pecho frecuentes | Sí o No |
| b. Dolor o presión en el pecho durante hacie ejercicio | Sí o No |
| c. Dolor o presión en el pecho que no lo deja trabajar normalmente | Sí o No |
| d. En los últimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente | Sí o No |
| e. Dolor en el pecho o indigestión no relacionada con comer  | Sí o No |
| f. ¿Algún otro síntoma que usted piensa podría estar relacionado con problemas del corazón o de circulación? | Sí o No |

**7. ¿Está tomando medicina para algunos de los siguientes problemas?**

|  |  |
| --- | --- |
| a. Respiración dificultosa o problemas con los pulmones  | Sí o No |
| b. Problemas del corazón | Sí o No |
| c. Presión alta | Sí o No |
| d. Convulsiones  | Sí o No |
|  |  |

**8. ¿Si ha usado una mascarilla de protección respiratoria, le ha causado alguno de los siguientes problemas?
(si no ha usado una mascarilla, marque con una “X” este espacio \_\_\_ y pase a la pregunta 9).**

|  |  |
| --- | --- |
| a. Irritación de los ojos  | Sí o No |
| b. Alergias en la piel o salpullido | Sí o No |
| c. Ansiedad  | Sí o No |
| d. Debilidad general o fatiga  | Sí o No |
| e. Algún otro problema que le impida utilizar una mascarilla de protección respiratoria  | Sí o No |
| **9. ¿Le gustaría hablar sobre sus respuestas con el profesional de salud que revisará las respuestas de este cuestionario?**  | Sí o No |

**Parte 3 – Preguntas adicionales para empleados que usarán un equipo de respiración autónomo (SCBA, por su sigla en inglés – Self-Contained Breathing Apparatus)**

**Por favor encierre en un círculo “Si o No”**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. ¿Ha perdido la vista en cualquiera de sus ojos (temporalmente o permanentemente)** | Sí o No |

**2. ¿Actualmente, tiene algunos de los siguientes problemas con su vista?**

|  |  |
| --- | --- |
| a. Usa lentes de contacto | Sí o No |
| b. Usa lentes/anteojos | Sí o No |
| c. Daltonismo (dificultad distinguiendo colores) | Sí o No |
| d. Tiene algún problema con sus ojos o su vista | Sí o No |
| 3. **¿Ha tenido daño en sus oídos incluyendo rotura del tímpano**  | Sí o No |

**4. ¿Actualmente tiene uno de los siguientes problemas para oír?**

|  |  |
| --- | --- |
| a. Dificultad para oír | Sí o No |
| b. Usa un aparato para oír | Sí o No |
| c. Tiene algún otro problema con sus oídos o dificultad escuchando | Sí o No |
| **5. ¿Se ha lesionado alguna vez la espalda?**  | Sí o No |
| **6. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas musculo esqueléticos (músculos, huesos, tendones o ligamentos)** | Sí o No |
| a. Debilidad en los brazos, manos, piernas o piesb. Dolor de espalda | Sí o No |
| c. Dificultad para mover completamente sus brazos y piernas | Sí o No |
| d. Dolor o rigidez cuando se inclina desde la cintura hacia adelante o hacia atrás  | Sí o No |
| e. Dificultad para mover completamente su cabeza para arriba o para abajo  | Sí o No |
| f. Dificultad para mover su cabeza de lado a lado | Sí o No |
| g. Dificultad para agacharse doblando sus rodillas | Sí o No |
| h. Dificultad para agacharse hasta tocar el piso | Sí o No |
| i. Dificultad subiendo escaleras cargando más de 25 libras | Sí o No |
| j. Algún problema muscular o de huesos que le impida usar una mascarilla de protección respiratoria | Sí o No |

**Parte 4 – Preguntas adicionales**

**Complete estas preguntas SOLAMENTE SI el profesional de salud le indica que son necesarias**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. ¿En su trabajo actual, trabaja en altitudes arriba de 5,000 pies o en sitios con menos oxígeno de lo normal**? | Sí o No |
| Si la respuesta es "Sí", se ha sentido mareado, ha tenido palpitaciones en el pecho o dificultad para respirar, o cualquier otro síntoma al estar trabajando en estas condiciones. | Sí o No |
| **2. ¿En el trabajo o en su casa, ha estado expuesto a solventes o contaminantes tóxicos en el aire (por ejemplo, humos, neblinas o polvos) o su piel ha estado en contacto con químicos peligrosos?** | Sí o No |

Si la respuesta es "Sí" y sabe cuáles son, escriba los nombres de químicos y productos con los que ha estado trabajando, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. ¿Ha trabajado con los siguientes materiales o las condiciones anotadas abajo?:**

|  |  |
| --- | --- |
| a. Asbestos | Sí o No |
| b. Sílice (Limpiando con un chorro de arena) | Sí o No |
| c. Tungsteno/Cobalto (esmerilando o soldando) | Sí o No |
| d. Berilio | Sí o No |
| e. Aluminio | Sí o No |
| f. Carbón de piedra (extracción en minas) | Sí o No |
| g. Hierro | Sí o No |
| h. Estaño | Sí o No |
| i. Ambiente polvoriento | Sí o No |
| j. Otra exposición peligrosa | Sí o No |

Si la respuesta es "Sí", describa las exposiciones peligrosas:

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

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

**4. ¿Tiene usted otro trabajo o un negocio aparte de este?**

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

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

**5. Escriba sus trabajos previos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Escriba sus pasatiempos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |
| --- | --- |
| **7. ¿Ha hecho el servicio militar?**  | Sí o No |

Si la respuesta es "Sí", ha estado expuesto a agentes químicos o biológicos durante el entrenamiento

|  |  |
| --- | --- |
| o combate | Sí o No |

**8. ¿Alguna vez ha trabajado en un equipo de HAZMAT (equipo de respuesta/rescate de emergencia por**

|  |  |
| --- | --- |
| **incidentes con materiales peligrosos**)?  | Sí o No |
| **9. ¿Aparte de los medicamentos para problemas respiratorios y pulmonares, problemas cardíacos, presión arterial y convulsiones mencionadas anteriormente en este cuestionario, ¿Está tomando por algún otro motivo algún medicamento (incluyendo remedios caseros o medicamentos que compra sin receta)?**  | Sí o No |

Si la respuesta es "Sí" y sabe el nombre, cuales son: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10. ¿Usará mascarillas de protección con algunas de las siguientes partes?**

|  |  |
| --- | --- |
| a. Filtros HEPA (filtro de alta eficiencia que remueve partículas tóxicas en la atmósfera) | Sí o No |
| b. Cartuchos con filtros para gases  | Sí o No |
| c. Cartuchos con filtros para polvos y otras partículas | Sí o No |

**11. ¿Qué tan frecuente espera usar un respirador? (Encierre en un círculo “Si o No” para todas las respuestas que apliquen a usted**

|  |  |
| --- | --- |
| a. Para salir de peligro solamente (no rescate) | Sí o No |
| b. Rescate de emergencia solamente | Sí o No |
| c. Menos de 5 horas *por semana* | Sí o No |
| d. Menos de 2 horas *por día* | Sí o No |
| e. 2 a 4 horas *por día* | Sí o No |
| f. Más de 4 horas *por día* | Sí o No |

**12. ¿Durante el tiempo que usará el respirador, su trabajo será?**

|  |  |
| --- | --- |
| a. **Ligero** (menos de 200 kcal por hora) | Sí o No |
| Si la respuesta es "sí", cuanto tiempo de su jornada durará \_\_\_\_\_\_\_\_\_horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutosEjemplos de trabajos ligeros: estar sentado escribiendo, escribiendo a máquina, diseñando, trabajo físico ligero, o estar de pie manejando un taladro o máquina: |   |
| b. **Moderado** (200-350 kcal por hora) | Sí o No |
| Si la respuesta es "sí" cuanto tiempo dura en promedio por jornada \_\_\_\_\_\_\_\_\_horas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutosEjemplos de trabajos moderados : sentado clavando o archivando; manejando un camión o autobús en tráfico urbano; estar de pie taladrando, clavando, trabajando en la línea de montaje, o transfiriendo una carga (de 35 libras) a la altura de la cintura; caminando sobre terreno plano a 2 millas por hora o bajando a 3 millas por hora; empujando una carretilla con una carga pesada (de 100 libras) sobre terreno plano. |   |
| c. **Pesado** (más de 350 kcal por hora)  | Sí o No |
| Si la respuesta es "sí" cuanto tiempo dura en promedio por jornada \_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_ minutosEjemplos de trabajos pesados: levantando cargas pesadas (más de 50 libras) desde el piso hasta la altura de la cintura o los hombros; trabajando en un andén cargando o descargando; paleando de pie en trabajos de albañilería o limpiando moldes de fundición, subiendo una pendiente de 8 grados aproximadamente a 2 millas por hora; subiendo la escalera con una carga pesada (más de 50 libras). |   |
| **13. ¿Usará ropa o equipo de protección personal (además de la mascarilla de protección) cuando use la mascarilla de protección?** | Sí o No |
| Si la respuesta es "sí" describa que estará usando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **14. ¿Trabajará en condiciones calurosas (temperatura más de 77 grados F)?**  | Sí o No |
| **15. ¿Trabajará en condiciones húmedas?**  | Sí o No |

16. **Describa el tipo de trabajo que estará haciendo cuando use la mascarilla de protección respiratoria.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**17. Describa cualquier situación especial o peligrosa que pueda encontrar cuando esté usando la mascarilla de protección respiratoria (por ejemplo, espacios encerrados, gases que lo puedan matar, etc.)**

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

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

**18. Si lo sabe, provea la siguiente información por cada sustancia tóxica a la que estará expuesto cuando esté usando la mascarilla de protección respiratoria:**

Nombre de la primera sustancia tóxica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Máximo nivel de exposición por jornada de trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiempo de exposición por jornada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la segunda sustancia tóxica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Máximo nivel de exposición por jornada de trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiempo de exposición por jornada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la tercera sustancia tóxica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Máximo nivel de exposición por jornada de trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiempo de exposición por jornada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El nombre de cualquier sustancia tóxica que usted estará expuesto cuando esté usando el

Respirado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**19. Describa alguna responsabilidad especial que usted tendrá cuando este usado el respirador(es) que pueda afectar la seguridad o la vida de otros (por ejemplo, rescate, seguridad).**

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

[Autoridad estatutaria: RCW 49.17.010, .040. .050 y .060. 17-18-075 (Orden 16-17) § 296-842-22005, presentada 09/05/2017, efectiva el 10/06/2017. Autoridad estatutaria: RCW 49.17.050. 09-19-119 (Orden 09-02), § 296-842-22005, presentada el 09/22/09, efectiva el 12/01/09. Autoridad estatutaria: RCW 49.17.010, .040, .050, y .060. 07-05-072 (Orden 06-39), § 296-842-22005, presentada el 02/20/07, efectiva el 04/01/07. Autoridad estatutaria: RCW 49.17.010, .040, .050, y .060. 03-20-114 (Orden 02-12), § 296-842-22005, presentada el 10/01/03, efectiva el 01/01/04.]