

## CUESTIONARIO MÉDICO- CONFIDENCIAL

### INFORMACION PERSONAL

---

1. ¿Cuál es su nombre? \_\_\_\_\_  
Primero Medio Apellido
2. ¿Cuál es su dirección? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Condado Estado Zona Postal
3. ¿Cuál es su número de teléfono? ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEMOGRAFICA

---

4. ¿Cuál es su género? Hombre  Mujer
5. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_
6. ¿Como te describirías? – las opciones son:
- Blanco/a
  - Afro-Americano/a
  - Asiatico/Islandero Pacifico
  - Alaskeño/Indio Americano
  - Otro
  - No Se Sabe
- \*Si OTRO, por favor sea específico: \_\_\_\_\_
- a. ¿Está usted de origen Español? No  Si  NS

### INFORMACION TRABAJO

---

7. ¿Cuál es el nombre de su compañía/empresa? \_\_\_\_\_
- a. ¿En qué mes y año usted comenzó a trabajar para esta compañía? \_\_\_\_\_
8. ¿Cuál era/es su posición? \_\_\_\_\_
- a. ¿Cuál es son/eran sus responsabilidades del trabajo? \_\_\_\_\_
- b. ¿En qué departamento trabaja usted? \_\_\_\_\_
- c. ¿En qué año usted empezó a trabajar en este departamento? \_\_\_\_\_

## INFORMACION SYMPTOMAS

9. ¿Ha visitado a un doctor para la brevedad de la respiración (falta de aire)? No  Si  NS

a. Si SI, ¿en qué año empezó usted a ver al doctor? \_\_\_\_\_

10. ¿Usted ha visitado al doctor para las problemas del sino? No  Si  NS

a. Si SI, ¿en qué año empezó usted a ver al doctor? \_\_\_\_\_

11. ¿Usted ha visitado nunca a un doctor para una erupción de piel? No  Si  NS

a. Si SI, qué año usted comenzó a ver al doctor? \_\_\_\_\_

12. ¿Usted tose para arriba el mucos la mayoría de los días de la semana para meses tres o más consecutivas? No  Si  NS

a. Si SI, qué mes y el año que empezó? \_\_\_\_\_

13. ¿Usted ha tenido nunca asma? No  Si  NS

Si SI :

a. ¿Usted anora tiene asma? No  Si  NS

b. ¿Fue confirmado por un doctor? No  Si  NS

c. ¿En qué edad su asma comenzó? \_\_\_\_\_

d. ¿Si usted tiene no mas asma, ¿qué edad paró? \_\_\_\_\_

e. ¿Usted requiere en la actualidad la medicina o tratamiento para el asma? No  Si  NS

f. ¿En caso afirmativo, ¿qué tipo de medicación del asma? \_\_\_\_\_

14. ¿Antes de qué usted trabajar en este trabajo, ¿ha tenido alguna vez:

Alergias No  Si  NS

Fiebre de heno No  Si  NS

Erupciones en la piel No  Si  NS

15. ¿Cuál esquiera de sus padres, hermanos, hermanas, o hijos tienen asma, alergias estacionales, o alergias de la piel? (Nomás cuente parientes por sangre.)

Si SI

Madre Padre Hermano Hermana

Alergias

Alergias a el polen de arboles durante el otoño

Asma

Erupciones en la piel

**USO DE TOBACCO**

16. ¿Tiene usted nunca fumando cigarrillos? No  Si  NS   
 Si **SI**

- a. ¿Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_
- b. ¿Qué edad era usted cuando usted comenzó a fumar? \_\_\_\_\_
- c. ¿Qué edad era usted cuando usted paró el fumar? \_\_\_\_\_
- d. ¿Llevas cigarrillos en el lugar de trabajo? No  Si

17. ¿Cuando está en el trabajo, ¿con qué frecuencia alguno de los síntomas enumerados a continuación te molesta en el trabajo?

	NUNCA	VEZ	SEMINAL	O MENSUAL	AL DÍA
Congestión nasal	1	2	3	4	5
Nariz que moquea	1	2	3	4	5
Lagrimo, ardor en los ojos	1	2	3	4	5
Enrojecimiento del ojo	1	2	3	4	5
Hinchazón de la cara	1	2	3	4	5
Urticaria	1	2	3	4	5
Dolor de garganta	1	2	3	4	5
Su tos empezo	1	2	3	4	5
Le empezo su voz rasposa	1	2	3	4	5
Congestionamiento de el pecho	1	2	3	4	5
Falta de resuello	1	2	3	4	5
Fiebre, sudores	1	2	3	4	5
Escalofrío, estremecimiento	1	2	3	4	5
Duele todo	1	2	3	4	5
Cansancio inusual	1	2	3	4	5

18. ¿Te informe de cualquiera de estos síntomas a su supervisor? No  Si

19. ¿Buscó atención médica de su empresa? No  Si

20. ¿En el último año, ¿hay personas que ya no trabajo aquí, debido a un problema de respiración? No  Si

Si SI, ¿cuantas personas? \_\_\_\_\_

21. ¿Tiene otros problemas de salud? \_\_\_\_\_

Mi participación en el Michigan Department of Energy, Trabajo y Crecimiento Económico Médico cuestionario es voluntaria. El Departamento utilizará esta información para efectos de evaluar la presencia de riesgos laborales en esta instalación, y no hay información que me identifica se dará a conocer ni publicado. No hay sanciones si se niegan a participar. A veces termino mi participación en cualquier momento y que puede negarse a contestar preguntas individuales o proporcionar mi nombre. Personal del Departamento de Michigan de la Energía, Trabajo y Crecimiento Económico o Universidad Estatal de Michigan pueden ponerse en contacto conmigo para obtener información adicional o aclaraciones.