

Concentra Medical Center
123 Street Address Town, State 12345
Phone: (123) 456-7890 Fax: (123) 456-7890

Service 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: _____
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): _____
Un número de teléfono donde el profesional de atención médica que revise este cuestionario lo pueda contactar (incluya el Código de área): _____

The best time to phone you at this number: _____
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?	☐	☐
2. Have you ever had any of the following conditions? ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones?	☐	☐
a. Seizures Convulsiones	☐	☐
b. Diabetes (sugar disease) Diabetes (enfermedad del azúcar)	☐	☐
c. Allergic reactions that interfere with your breathing Reacciones alérgicas que interfieren con su respiración	☐	☐
d. Claustrophobia (fear of closed-in places) Claustrofobia (miedo a lugares cerrados)	☐	☐
e. Trouble smelling odors Problemas para oler olores	☐	☐
3. Have you ever had any of the following pulmonary or lung problems? ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares?	☐	☐
a. Asbestosis Asbestosis	☐	☐
b. Asthma Asma	☐	☐
c. Chronic bronchitis Bronquitis crónica	☐	☐
d. Emphysema Enfisema	☐	☐
e. Pneumonia Neumonía	☐	☐
f. Tuberculosis Tuberculosis	☐	☐
g. Silicosis Silicosis	☐	☐
h. Pneumothorax (collapsed lung) Neumotórax (colapso pulmonar)	☐	☐
i. Lung cancer Cáncer de pulmón	☐	☐
j. Broken ribs Costillas rotas	☐	☐
k. Any chest injuries or surgeries Cualquier lesión en el pecho o cirugías	☐	☐
l. Any other lung problem that you've been told about Cualquier otro problema pulmonar que le hayan informado	☐	☐
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?	☐	☐
a. Shortness of breath Falta de aire	☐	☐
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.	☐	☐

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	☐	☐
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	☐	☐
e. Shortness of breath when washing or dressing yourself Falta de aire cuando se lava o se viste	☐	☐
f. Shortness of breath that interferes with your job Falta de aire que interfiere con su trabajo	☐	☐
g. Coughing that produces phlegm (thick sputum) Tos que produce flema (esputo espeso)	☐	☐
h. Coughing that wakes you early in the morning Tos que lo despierta temprano en la mañana	☐	☐
i. Coughing that occurs mostly when you are lying down Tos que ocurre principalmente cuando está acostado	☐	☐
j. Coughing up blood in the last month Tos con sangre en el último mes	☐	☐
k. Wheezing Sibilancias	☐	☐
l. Wheezing that interferes with your job Sibilancias que interfieren con su trabajo	☐	☐
m. Chest pain when you breathe deeply Dolor en el pecho cuando respira profundamente	☐	☐
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	☐	☐
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?	☐	☐
a. Heart attack Ataque al corazón	☐	☐
b. Stroke Accidente cerebrovascular	☐	☐
c. Angina Angina	☐	☐
d. Heart failure Insuficiencia cardíaca	☐	☐
e. Swelling in your legs or feet (not caused by walking) Hinchazón en sus piernas o pies (no causada por caminar)	☐	☐
f. Heart arrhythmia (heart beating irregularly) Arritmia cardíaca (latidos cardíacos irregulares)	☐	☐
g. High blood pressure Presión arterial alta	☐	☐
h. Any other heart problem that you've been told about? Cualquier otro problema cardíaco que le hayan informado	☐	☐
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?	☐	☐
a. Frequent pain or tightness in your chest Dolor frecuente o presión en el pecho	☐	☐
b. Pain or tightness in your chest during physical activity Dolor o presión en el pecho durante la actividad física	☐	☐
c. Pain or tightness in your chest that interferes with your job Dolor o presión en el pecho que interfiere con su trabajo	☐	☐

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	☐	☐
e. Heartburn or indigestion that is not related to eating Acidez estomacal o indigestión que no está relacionada con la alimentación	☐	☐
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	☐	☐
7. Do you currently take medication for any of the following problems? ¿Toma actualmente medicamentos para alguno de los siguientes problemas?	☐	☐
a. Breathing or lung problems Problemas respiratorios o pulmonares	☐	☐
b. Heart trouble Problemas del corazón	☐	☐
c. Blood pressure Presión arterial	☐	☐
d. Seizures Convulsiones	☐	☐
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.____)	☐	☐
a. Eye irritation Irritación ocular	☐	☐
b. Skin allergies or rashes Alergias o sarpullidos en la piel	☐	☐
c. Anxiety Ansiedad	☐	☐
d. General weakness or fatigue Debilidad general o fatiga	☐	☐
e. Any other problem that interferes with your use of a respirator Cualquier otro problema que interfiera con su uso de un respirador:	☐	☐
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?	☐	☐

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)?	☐	☐
11. Do you currently have any of the following vision problems? ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas de visión?	☐	☐
a. Wear contact lenses Usa lentes de contacto	☐	☐
b. Wear glasses Usa anteojos	☐	☐

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

OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

	Yes/Sí	No
c. Color blind Daltónico	☐	☐
d. Any other eye or vision problem Cualquier otro problema de ojo o visión	☐	☐
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?	☐	☐
13. Do you currently have any of the following hearing problems? ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas de audición?	☐	☐
a. Difficulty hearing Dificultad para escuchar	☐	☐
b. Wear a hearing aid Use un audífono	☐	☐
c. Any other hearing or ear problem Cualquier otro problema de audición u oído	☐	☐
14. Have you ever had a back injury Alguna vez ha tenido una lesión en la espalda	☐	☐
15. Do you currently have any of the following musculoskeletal problems? ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas musculoesqueléticos?	☐	☐
a. Weakness in any of your arms, hands, legs, or feet Debilidad en cualquiera de sus brazos, manos, piernas o pies	☐	☐
b. Back pain Dolor de espalda	☐	☐
c. Difficulty fully moving your arms and legs Dificultad para mover completamente los brazos y las piernas	☐	☐
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	☐	☐
e. Difficulty fully moving your head up or down Dificultad para mover completamente la cabeza hacia arriba o hacia abajo	☐	☐
f. Difficulty fully moving your head side to side Dificultad para mover completamente la cabeza de lado a lado	☐	☐
g. Difficulty bending at your knees Dificultad para doblarse de rodillas	☐	☐
h. Difficulty squatting to the ground Dificultad para ponerse en cuclillas en el suelo	☐	☐
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	☐	☐
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	☐	☐

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/Sí	No
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? 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?	☐	☐
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? If "yes," name the chemicals if you know them: Si la respuesta es sí, nombre los productos químicos si los conoce	☐	☐
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?	☐	☐
a. Asbestos Asbesto	☐	☐
b. Silica (e.g., in sandblasting) Sílice (p. ej. , En arenado)	☐	☐
c. Tungsten/cobalt (e.g., grinding or welding this material) Tungsteno/cobalto (p. ej., moler o soldar este material)	☐	☐
d. Beryllium Berilio	☐	☐
e. Aluminum Aluminio	☐	☐
f. Coal (for example, mining) Carbón (por ejemplo, minería)	☐	☐
g. Iron Hierro	☐	☐
h. Tin Estaño	☐	☐
i. Dusty environments Ambientes con polvo	☐	☐
j. Any other hazardous exposures Cualquier otra exposición peligrosa If "yes," describe these exposures: En caso afirmativo, describa estas exposiciones	☐	☐

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

OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

	Yes/Sí	No
4. List any second jobs or side businesses you have: Liste cualquier segundo trabajo o negocio secundario que tenga		
5. List your previous occupations: Liste sus ocupaciones anteriores		
6. List your current and previous hobbies: Liste sus pasatiempos actuales y anteriores		
7. Have you been in the military services? ¿Ha estado en el servicio militar?	☐	☐
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)?	☐	☐
8. Have you ever worked on a HAZMAT team? ¿Alguna vez ha trabajado en un equipo HAZMAT?	☐	☐
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)? If "yes," name the medications if you know them: Si la respuesta es sí, nombre los medicamentos si los conoce	☐	☐
10. Will you be using any of the following items with your respirator(s)? ¿Utilizará alguno de los siguientes artículos con su respirador?	☐	☐
a. HEPA Filters Filtros HEPA	☐	☐
b. Canisters (for example, gas masks) Botes (por ejemplo, máscaras de gas)	☐	☐
c. Cartridges Cartuchos	☐	☐
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)	☐	☐
a. Escape only (no rescue) Solo escape (sin rescate)	☐	☐
b. Emergency rescue only Solo rescate de emergencia	☐	☐
c. Less than 5 hours per week Menos de 5 horas por semana	☐	☐
d. Less than 2 hours per day Menos de 2 horas por día	☐	☐
e. 2 to 4 hours per day 2 a 4 horas por día	☐	☐
f. Over 4 hours per day Más de 4 horas por día	☐	☐

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

OSHA RESPIRATOR MEDICAL EVALUATION QUESTIONNAIRE (MANDATORY)

	Yes/Sí	No
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		
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>	☐	☐
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>	☐	☐
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>	☐	☐
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	☐	☐
14. Will you be working under hot conditions (temperature exceeding 77 deg. F)? ¿Trabjará en condiciones de calor (temperatura superior a 77 grados F)?	☐	☐
15. Will you be working under humid conditions? ¿Trabjará en condiciones de humedad	☐	☐
16. Describe the work you'll be doing while you're using your respirator(s) Describe el trabajo que estará haciendo mientras usa su respirador		
17. Describe any special or hazardous conditions you might encounter when you're using your respirator(s) (for example, confined spaces, life-threatening gases) Describe cualquier condición especial o peligrosa que pueda encontrar cuando use su respirador (por ejemplo, espacios confinados, gases potencialmente mortales)		

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
 (typing your name constitutes your signature on this form/escribir su nombre constituye su firma en este formulario):

Additional PLHCP comments:

PLHCP signature: _____ Date: _____