

CUEST. ESPECIFICO PARA CONSTRUCCIÓN-AMIANTO

COMUNICADO DE CONSENTIMIENTO

(*) Datos Obligatorios A Cumplimentar En Mayúsculas

Yo, D./Dña. (*)

con DNI/NIE (*), TELÉFONO (*),

con FECHA DE NACIMIENTO (*)

autorizo este CORREO ELECTRÓNICO para el envío del informe del resultado de la revisión médica (*)

..... ,

Emplead@ de la EMPRESA (*)

Ejerciendo el PUESTO DE TRABAJO (*)

y con CATEGORÍA PROFESIONAL (*)

OBLIGATORIO MARCAR UNA DE LAS DOS OPCIONES:

☐

Autorizo

☐

Renuncio

Al tratamiento de mis datos personales con la finalidad de la gestión administrativa del reconocimiento médico relacionado con la Vigilancia de la salud. Medea Prevenció i Seguretat le informa que esta gestión administrativa incluye el envío del resultado (Apto, No Apto o Apto Condicionado) a la empresa solicitante y el envío de recordatorios sobre la caducidad del Apto.

Este proceso de revisión médica, solo se podrá llevar a cabo si tenemos su autorización y firma.

Fecha: a _____ de _____ de _____
Firma:

De conformidad con lo que dispone la normativa vigente en materia de Protección de Datos personales, en relación con el tratamiento de sus datos personales, le informamos que las **finalidades del tratamiento de sus datos personales** son: 1) gestionar los servicios y/o productos sanitarios o asistenciales solicitados o contratados por el paciente; 2) gestiones administrativas (facturación, contabilidad, etc.); 3) gestión de las promociones comerciales y/o comunicaciones relativas a los servicios y/o productos contratados o solicitados por usted; 4) cumplimiento de las obligaciones legales del Responsable del Tratamiento; 5) captación y reproducción de su imagen en relación con los servicios contratados y/o para finalidades de publicación en la página web y/o redes sociales del Responsable del Tratamiento; 6) llevar a cabo investigaciones científicas, conferencias científicas, publicaciones y/o artículos y/o formaciones. **Legitimación:** La base jurídica para el tratamiento de sus datos personales se basa en: a) la ejecución del contrato suscrito entre las partes; b) el consentimiento expreso (podrá retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada); c) el interés legítimo, para enviarles comunicaciones comerciales sobre productos y/o servicios similares a los contratados y d) el cumplimiento de obligaciones legales del Responsable del Tratamiento. **Duración:** Los datos serán conservados mientras dure la relación contractual y/o comercial, así como el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones legales. **Destinatarios:** Cesión datos a terceros que tengan acceso a datos personales que trate el Responsable del tratamiento, para el cumplimiento de las obligaciones legales (autoridades públicas) y/o contractuales (colaboradores con los que se han suscrito los correspondientes contratos de encargo de tratamiento). En su caso, se llevarán a cabo **Transferencias Internacionales** para la ejecución del servicio contratado. **Ejercicio de derechos:** Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad respecto de sus datos personales que nos ha cedido, mediante escrito acompañado de copia del DNI dirigido al Responsable del tratamiento. En caso de disconformidad con el tratamiento, también tiene derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (AEPD).

Autorizo a recibir comunicaciones a través de: ☐ Llamada ☐ WhatsApp ☐ SMS ☐ Email

CUEST. ESPECIFICO PARA CONSTRUCCIÓN-AMIANTO

ANTECEDENTES PERSONALES:

Por favor, marque si tiene o ha tenido cualquiera de lo siguiente:

GENERAL:	
☐ Diabetes.	☐ Cáncer o tumores.
☐ Problemas de tiroides.	☐ Aumento o pérdida excesiva de peso.
☐ Anemia u otras alteraciones hematológicas.	☐ Hernia.
SISTEMA CIRCULATORIO (corazón, arterias):	
☐ Ataque al corazón.	☐ Presión arterial alta.
☐ Angina/dolores en el pecho.	☐ Apoplejías.
☐ Enfermedad cardíaca.	☐ Hinchazón de pies/tobillos.
☐ Dolores en las piernas, calambres al caminar.	☐ Marcapasos.
☐ Venas varicosas.	☐ Otros problemas circulatorios o de corazón.
SISTEMA RESPIRATORIO (pulmones):	
☐ Asma/bronquitis.	☐ Neumonía u otra infección.
☐ Enfisema.	☐ Fatiga respiratoria.
☐ Tos con sangre.	☐ Tuberculosis o Test cutáneo positivo.
☐ Otros problemas respiratorios.	
SISTEMA DIGESTIVO (estómago, intestino):	
☐ Úlceras, gastritis.	☐ Alteraciones del hígado, hepatitis.
☐ Acidez.	☐ Sangre en heces.
☐ Problemas de colon, intestino.	☐ Diarreas frecuentes, dolor abdominal.
☐ Problemas de vesícula biliar.	☐ Otros trastornos.
SISTEMA NERVIOSO:	
☐ Crisis epilépticas.	☐ Debilidad en brazos o piernas.
☐ Pérdida de consciencia, desmayos, confusión.	☐ Entumecimiento u hormigueo en brazos.
☐ Vértigos.	☐ Entumecimiento u hormigueo en piernas.
☐ Dolores de cabeza fuertes o frecuentes.	☐ Problemas de memoria o concentración.
☐ Lesión craneal o conmoción cerebral.	☐ Otros desórdenes nerviosos.
SISTEMA EXCRETOR (riñón, vejiga):	
☐ Piedras en el riñón/vejiga.	☐ Infección en el riñón/vejiga.
☐ Sangre en la orina.	☐ Frecuencia o dificultad al orinar.
☐ Azúcar o albúmina en la orina.	☐ Otros desórdenes en el riñón/vejiga.
SISTEMA ÓSEO Y MUSCULAR (músculos y huesos):	
☐ Dolor en articulaciones, hinchazón o rigidez.	☐ Dolor o molestias musculares.
☐ Dolores en hombros, cuello o espalda.	☐ Síndrome del túnel carpiano.
☐ Fracturas o dolores en los huesos.	☐ Tendinitis u otros desórdenes de tendones.
☐ Otros dolores en músculos o huesos.	
PIEL:	
☐ Eczema, dermatitis u otras irritaciones.	☐ Melanoma u otro cáncer de piel.
☐ Psoriasis.	☐ Infecciones de la piel frecuentes o agudas.
☐ Sensibilidad al sol.	☐ Otras alteraciones de la piel.
MENTAL:	
☐ Tratamiento de nervios, ansiedad o depresión.	☐ Fobias.
☐ Tratamiento por abuso de drogas o alcohol.	☐ Dificultad para dormir o relajarse.
☐ Tratamiento psiquiátrico.	☐ Otros desórdenes mentales.
OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA:	
☐ Problemas de oído.	☐ Problemas de visión.
☐ Zumbidos o ruidos en los oídos.	☐ Uso de gafas o lentes de contacto.
☐ Infecciones agudas o frecuentes de oídos.	☐ Cataratas o glaucoma.

CUEST. ESPECIFICO PARA CONSTRUCCIÓN-AMIANTO

☐ Ronqueras frecuentes/laringitis.	☐ Otras alteraciones.
APARATO REPRODUCTOR:	
SÓLO HOMBRES ☐ Alteraciones de la próstata. ☐ Protuberancias o infecciones en los testículos.	SÓLO MUJERES ☐ Protuberancia en pecho, infección. ☐ Mamografía o citología anormal. ☐ Está embarazada.
ENFERMEDADES TROPICALES:	
☐ Malaria.	☐ Otras enfermedades tropicales.

Por favor, amplíe las **respuestas positivas** que haya marcado:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Complete el siguiente cuadro:

	En caso de fallecimiento, edad de la muerte y causa.	¿Alguna de estas personas ha tenido alguna vez asma, fiebre del heno, diabetes, hipertensión, tuberculosis o cáncer? Si es positivo, por favor de detalles.
Padre		
Madre		
Hermanos		
Hermanas		
Abuelos		
Abuelas		

OTROS:

VACUNAS: ¿Ha tenido alguna vez, o ha sido vacunado del Tétanos? Fecha última dosis:
 ¿Ha tenido alguna vez, o ha sido vacunado de la hepatitis B? Fecha última dosis:

MEDICACIÓN: ¿Toma algún medicamento de forma regular? ¿Cuál?

ALERGIAS: ¿Tiene alergia a medicamento?
 ¿Tiene otras alergias? (polvo, polen, comida, animales, químicos...)

TABACO: ¿Ha fumado alguna vez cigarrillos? ¿A qué edad empezó?
 Si alguna vez fumó y luego lo dejó, ¿en qué año sucedió?
 ¿Fuma actualmente? ¿Cigarrillos? ¿Cuánto fuma?
 ¿Puros? ¿Cuánto fuma?
 ¿Pipa? ¿Cuánto fuma?
 ¿Otros? ¿Qué?

BEBIDA: ¿Cuál es su consumición semanal de copas de vino, cava o cerveza?
 ¿Cuál es su consumición semanal de combinados, copas de licor o carajillos?

ACTIVIDAD FÍSICA: ¿Cuál es su nivel de actividad física?
☐ Ninguna actividad. ☐ Actividad física ocasional. ☐ Actividad física vigorosa (al menos 20 min. 3 veces /sem.)

CUEST. ESPECIFICO PARA CONSTRUCCIÓN-AMIANTO

HISTORIAL LABORAL:

Rellene el siguiente cuadro con los puestos de trabajo en los que ha estado, desde que empezó a trabajar:

EMPRESA	TIPO DE INDUSTRIA	PUESTO DE TRABAJO	¿Cuántos años?
Ejemplo: <i>Bar Los Amigos</i>	<i>Bar</i>	<i>Camarero</i>	<i>3 años</i>

RUÍDO

1. Número de horas de exposición diaria a ruido: Antigüedad en el puesto:

2. Utiliza medidas de protección auditiva: ☐ SIEMPRE ☐ A VECES ☐ NUNCA

3. En caso afirmativo, detallarlas y señalar si son homologadas o no:

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ Tapones: | ☐ Homologados | ☐ NO homologados |
| ☐ Auriculares: | ☐ Homologados | ☐ NO homologados |
| ☐ Otras: | ☐ Homologados | ☐ NO homologados |

4. Ha tenido otros puestos de trabajo anteriores con ruido (repetirlo tantas veces como puestos de trabajo con exposición a ruido haya tenido): ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, detallar tipo de trabajo:

Número de años que duró la exposición anterior:

Le han extendido algún parte de Enfermedad Profesional por Ruido: ☐ SÍ ☐ NO

5. Exposición a ruido extralaboral:

☐ Discoteca ☐ Caza ☐ Motorismo ☐ Servicio militar con armas de fuego ☐ Otras

Frecuencia: ☐ Diaria ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Otras

6. Exposición laboral a OTOTÓXICOS:

☐ Monóxido de Carbono ☐ Plomo ☐ Benceno ☐ Mercurio ☐ Otros

7. ¿Oye bien? ☐ SÍ ☐ NO

Si no oye bien, ¿desde cuándo?

CUEST. ESPECIFICO PARA CONSTRUCCIÓN-AMIANTO

POSTURAS FORZADAS

- Tiempo de tarea:
 - Nº de horas/día en el trabajo: ☐ Esporádico ☐ Entre 2 y 4 h. ☐ Más de 4 h.
 - Nº de horas/semana en el trabajo:
- Ciclo de Trabajo: ☐ Corto: hasta 30 seg. ☐ Moderado: 30 seg. - 2 min. ☐ Largo: más de 2 min.
- Manipulación de cargas: ☐ Menos de 1 Kg. ☐ Entre 1 Kg. y 3 Kg. ☐ Más de 3 Kg.
- Tipo de tarea:
 - ☐ Movimientos de alcance repetidos por encima del hombro.
 - ☐ El cuello se mantiene flexionado.
 - ☐ Giros de columna.
 - ☐ Movimientos forzados de la muñeca.
 - ☐ Compresión de nervio a través de dos vientres musculares.
 - ☐ Rotación extrema del antebrazo.
 - ☐ Flexión extrema del codo.
 - ☐ Flexión mantenida de dedos.
 - ☐ Otros. Especificar:
- Herramientas y mandos que utiliza a diario (describir):
- Pausas en el trabajo: Nº de pausas: Tiempo de descanso:
A qué hora las realiza?: 1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª

MANIPULACIÓN DE CARGAS

	SI	NO
1. Características de la carga:		
¿Volumen difícil de manejar?		
¿Equilibrio inestable o contenido que puede desplazarse?		
¿Manipulación a distancia del tronco, o con torsión o inclinación del mismo?		
2. Esfuerzo físico necesario:		
¿Exige torsión-flexión del tronco?		
¿Cuerpo en posición inestable?		
3. Medio de trabajo:		
¿Espacio libre suficiente para la actividad?		
¿Suelo irregular o resbaladizo, desniveles en el suelo? ¿Suelo inestable?		
¿Altura excesiva o postura forzada?		
¿Temperatura, humedad, circulación de aire y/o iluminación inadecuadas?		
¿Vibraciones?		
4. Exigencias de la actividad:		
¿Esfuerzos físicos demasiado frecuentes o prolongados de la columna vertebral?		
¿Distancias demasiado grandes de elevación, descenso o transporte?		
¿Ritmo de trabajo demasiado rápido?		
5. Medidas de protección:		
¿Usa faja lumbar?		
¿Usa medios auxiliares en la manipulación de cargas?		
¿Pausas de trabajo frecuentes?		

CUEST. ESPECIFICO PARA CONSTRUCCIÓN-AMIANTO

1. Qué movimientos realiza?

☐ Levanta ☐ Coloca ☐ Empuja ☐ Tracciona ☐ Desplaza

2. Si es repetitivo ¿Con qué frecuencia? horas/día y días/semana.

3. Cuantos años lleva en este puesto de trabajo? años.

4. Exposición a tóxicos: ☐ Cadmio, fósforo (afectación ósea)

☐ Mercurio, talio, arsénico, alcohol (afectación sensibilidad)

☐ Manganeseo, cobalto, alcohol, disolventes (afectación equilibrio)

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS OSTEOMUSCULARES:

	Ha tenido en los últimos 12 meses problemas (dolor, curvaturas, etc.) a nivel de:		En los últimos 12 meses ha estado incapacitado para su trabajo (en casa o fuera) por causa de un problema de:		En los últimos 7 días ha tenido problemas de:	
	Sí ☐	No ☐	Sí ☐	No ☐	Sí ☐	No ☐
Nuca						
Hombro derecho/ izquierdo						
Codo derecho/ izquierdo						
Puños/manos derecha/izq						
Columna alta (dorso)						
Columna baja (lumbares)						
Puños/manos izquierda						
Cadera derecha/ izquierda						
Rodilla derecha/ izquierda						
Tobillo/pie derecho/ izq						

TEST PARA CONDUCTORES

A continuación para las situaciones que le iremos planteando indique la probabilidad de que le entre sueño:

	NUNCA	LIGERA	MODERADA	ALTA
1. Sentado leyendo.				
2. Mirando la televisión.				
3. Sentado sin hacer nada en un lugar público (ej: teatro).				
4. Pasajero en un coche viajando durante 1 hora sin paradas.				
5. Estirado para descansar al mediodía.				
6. Sentado y hablando con alguien.				
7. Sentado tranquilamente después de hacer una comida sin alcohol.				
8. En un coche, mientras se está parado unos minutos por el tráfico.				

Puntuación: 0 -Nunca 1 – Ligera 2 – Moderada 3 – Alta

CUEST. ESPECIFICO PARA CONSTRUCCIÓN-AMIANTO

DERMATITIS

6. Relación materiales y productos que maneja y tareas que realiza:

2. ¿Ha tenido bajas por causa dermatológica? ☐ SÍ (responda el punto 3) ☐ NO (pase al punto 5)
Indique fechas y diagnóstico:

3. **Responda esta pregunta sólo si tiene síntomas dermatológicos, si no tiene, pase a la pregunta 4.**

¿Cuál es el periodo de latencia desde el inicio de exposición al agente sospechoso hasta que surgen los primeros síntomas?:

La exposición al agente es: ☐ diaria ☐ intermitente ☐ muy repetida

Definir el grado de exposición:

Está expuesto a: ☐ frío ☐ calor ☐ presión

¿Se ensucia la ropa con hidrocarburos, disolventes, aceites u otros productos similares? ☐ SÍ ☐ NO

Relaciona la aparición de lesiones con el sudor ☐ SÍ ☐ NO

El fin semana nota: ☐ mejoría ☐ empeoramiento ☐ sin cambios

En vacaciones nota: ☐ mejoría ☐ empeoramiento ☐ sin cambios

Al finalizar la jornada laboral nota ☐ mejoría ☐ empeoramiento ☐ sin cambios

¿Existen otros trabajadores con afectación similar en su empresa? ☐ SÍ ☐ NO ¿Cuántos?

4. Utiliza equipo de protección individual: ☐ SIEMPRE ☐ A VECES ☐ NUNCA

Tipo: ☐ Ropa seguridad ☐ Botas ☐ Gafas ☐ Mascarilla ☐ Cremas barrera ☐ Guantes (indicar tipo)

5. Descripción lugar de trabajo

Temperatura: Humedad: Nº de horas de trabajo al aire libre: horas/día

Tiene exposición a: ☐ Frío ☐ Calor ☐ Vapores ☐ Humos

¿Utiliza sprays? ☐ SÍ ☐ NO

6. ¿Qué utiliza para el lavado de manos **en la empresa**?:

☐ Jabones ☐ Detergentes ☐ Pasta ☐ Disolventes (gasolina, colofonia, Keroseno, turpentina, etc)

CUEST. ESPECIFICO PARA CONSTRUCCIÓN-AMIANTO

ASMA LABORAL Y ALVEOLITIS ALÉRGICA EXTRÍNSECA

1. Ha trabajado alguna vez en alguno de los sectores abajo especificados (indicar años de trabajo en los mismos):

- | | | |
|---|---|---|
| — Ganaderos, trabajadores portuarios, silos y molinos | — Servicios fúnebres | — Aserraderos, carpinterías, ebanistería y fabricación de muebles |
| — Industria cervecera | — Personal de laboratorio | — Refinerías de platino |
| — Industria de procesamiento de soja | — Animalarios | — Plateados |
| — Industria alimentaria | — Veterinarios | — Cromados y curtidores de piel |
| — Industria de fertilizantes | — Procesadores de carne | — Fundiciones |
| — Manufactura de café, té y cacao | — Inspectores sanitarios | — Limpieza de calderas |
| — Industria textil | — Industria farmacéutica | — Procesamiento de minerales |
| — Industria de especias | — Observadores de pájaros, granja avícola | — Refinerías y Aleaciones |
| — Cultivadores e industria conservera | — Recolectores y procesadores de ostras, perlas y marisco | — Soldaduras |
| — Extracción de aceites | — Empleados de Correos | — Peluquería |
| — Elaboración de comidas | — Encuadernadores | — Manufacturas de colorantes |
| — Floristerías y viveros | — Manipuladores de enzimas y detergentes | — Electrónica |
| — Servicio doméstico | — Personal sanitario: médico, ATS-DUE, farmacéutico | — Tintes |
| — Imprentas | — Criadores de gusanos de seda | — Silos y graneros |
| — Industria cosmética | — Industria del plástico | — Cultivo de setas |
| — Manufactura del látex | — Industria poliuretano, barnices y esmaltes | — Manufactura y uso de esparto |
| — Panaderías | | — Pintores |
| — Agricultores | | |

2. Actualmente está usted expuesto a:

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| — polvo orgánico (animal o vegetal) y aerosoles | — corteza de arce húmeda | — proteínas de la orina de ratas y animales de laboratorio |
| — material enmohecido | — serrín enmohecido | — gases: |
| — heno, paja húmeda | — cebada y malta enmohecida | — isocianatos |
| — fertilizantes (basura de paja) | — trigo, soja y otros cereales | — pinturas |
| — proteína séricas y excrementos de aves | — pulpa de madera enmohecida | — adhesivos |
| — abono de setas de cultivo | — moho de queso | — espuma |
| — acondicionadores y humidificadores | — harina de pescado | — ácidos anhídridos: ác. Ptálico, ác. Trimelítico, ác. Hexahidroptálico, ác. Hímico, ác. tetracloroptálico |
| — caña de azúcar (bagazo) | — polvo de pieles (astracán y zorro) | — sulfato de cobre |
| — embutidos enmohecidos | — polvo de grano de café | |
| — corcho enmohecido | — de paja con moho | |
| | — detergentes enzimáticos | |
| | — polvo de pimentón | |
| | — aerosoles de agua contaminada | |

3. Utiliza medidas de protección individual: ☐ GUANTES ☐ MASCARILLA ☐ GAFAS ☐ ROPA ESPECIAL

4. Existe alguna de las siguientes medidas en su puesto de trabajo:

☐ Aire acondicionado ☐ Ventilación ☐ Filtros ☐ Campanas extractoras ☐ Infraestructura general

5. Ha padecido de:

- | | |
|--|---|
| - asma | ☐ Sí ☐ No |
| - respiración entrecortada | ☐ Sí ☐ No |
| - opresión en el pecho | ☐ Sí ☐ No |
| - despertarse durante la noche sin respiración | ☐ Sí ☐ No |
| - tos persistente (sin que se deba a un resfriado) | ☐ Sí ☐ No |
| - fiebre del heno/eccema | ☐ Sí ☐ No |

6. ¿Ha padecido alguna enfermedad pulmonar? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo especifique:

CUEST. ESPECIFICO PARA CONSTRUCCIÓN-AMIANTO

AMIANTO

1. Permanencia en el puesto de trabajo: horas/día

2. Ha trabajado en alguna de las profesiones anteriores? (en caso afirmativo indique cuanto tiempo estuvo)

- ☐ Trabajos subterráneos en minas de carbón
- ☐ Trabajos de superficie en minas de carbón
- ☐ Trabajos subterráneos en otro tipo de minas (hierro, cobre, etc.)
- ☐ Trabajos de superficie en otro tipo de minas (hierro, cobre, etc.)
- ☐ Canteras
- ☐ Siderurgia, metalurgia (excepto fumistas y fundidores)
- ☐ Fumistas
- ☐ Fundidores
- ☐ Fábricas de cerámica
- ☐ Industria del algodón, hilo o cáñamo
- ☐ Industria de asbesto
- ☐ Industria de la madera o del mueble
- ☐ Construcción (excepto perforaciones).
- ☐ Perforaciones de rocas en túneles
- ☐ Industrias químicas, endurecedores en industria del plástico, endurecedores al calor, síntesis de pinturas gliceroftálicas, envasadores del plástico, soldadores en industria electrónica, planchadoras, costureras, barnices, lacas, revestimientos de mesas
- ☐ Agricultura
- ☐ Trabajos de despacho o de tienda
- ☐ Oficios expuestos a la inhalación de gas, humos, vapores, polvos, celulósicos, resinas fenólicas y aminoplastos, polivinilos, poliamidas, poliacrílicos, polifluorados, tricloroetileno, otros
- ☐ Oficios expuestos al polvo, triturado de plástico, polímeros vinílicos
- ☐ Oficios expuestos a lacas capilares
- ☐ Otros oficios no especificados

3. Tiene o ha tenido:

- | | |
|---|--|
| ☐ ATOPIAS (rinitis, urticaria, asma, dermatitis, etc.) | ☐ INFECC. RESPIRATORIAS REPETITIVAS |
| ☐ REFLUJO GASTROESOFÁGICO (con o sin hernia) | ☐ EPOC |
| ☐ HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL | ☐ HIPERTENSIÓN ARTERIAL |
| ☐ PLEURITIS | ☐ TBC |
| ☐ ACROPAQUIA EESS | ☐ ESPLENOMEGALIA |
| ☐ ADENOPATIAS, dónde: | ☐ HEPATOMEGALIA |
| ☐ TABACO | ☐ ALCOHOL |
| ☐ ALERGIA AL LATEX | ☐ ALERGIA MEDICAMENTOS |

4. Presenta habitualmente:

- | | |
|---|---|
| ☐ FIEBRE | ☐ PÉRDIDA DE PESO |
| ☐ DOLORES MUSCULARES | ☐ OPRESIÓN TORÁCICA |
| ☐ ANOREXIA | ☐ TRANSTORNOS DEL RITMO CARDÍACO |
| ☐ ESCALOFRÍOS | ☐ HEMÓPTISIS |
| ☐ SIBILANCIAS AUDIBLES | |

5. TOS:

- ¿Tose habitualmente cuando se levanta? ☐ SI ☐ NO
- ¿Tose habitualmente durante el día o la noche? ☐ SI ☐ NO
- ¿Tose todos los días durante 3 meses cada año? ☐ SI ☐ NO

CUEST. ESPECIFICO PARA CONSTRUCCIÓN-AMIANTO

¿A qué edad comenzó a toser?

EXPECTORACIÓN:

¿Expectora habitualmente al levantarse? ☐ SI ☐ NO

¿Expectora habitualmente durante el día o la noche? ☐ SI ☐ NO

¿Expectora todos los días durante 3 meses cada año? ☐ SI ☐ NO

¿A qué edad comenzó a expectorar?

En los 3 últimos años, ¿ha llegado a toser y expectorar durante al menos 3 meses? ☐ SI ☐ NO

¿Le ha ocurrido más de una vez? ☐ SI ☐ NO

¿Qué color tiene habitualmente la expectoración?

☐ Blanca ☐ Gris y/o con puntos negros ☐ marrón ☐ Amarilla ☐ Verde ☐ Sanguinolenta

DÍSNEA:

¿Anda con dificultad por alguna razón que no sea por afectación cardíaca o pulmonar? ☐ SI ☐ NO

¿Se ahoga al andar rápidamente en terreno llano, subiendo una pendiente, o a paso normal? ☐ SI ☐ NO

¿Se ahoga cuando anda con otras personas de su edad a un paso normal en terreno llano? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene que pararse a respirar, cuando anda a su paso y por terreno llano? ☐ SI ☐ NO

¿Se ahoga estando en reposo? ☐ SI ☐ NO

¿A qué edad comenzó a notar ahogo?

6. Padece crisis respiratorias:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ☐ nunca | ☐ menos de 1 al mes |
| ☐ 1 al mes | ☐ 1 a la semana |
| ☐ 1 al día | ☐ más de 1 al día |

7. Se encuentra peor:

- | | |
|--|---|
| ☐ el 1er día de la semana laboral | ☐ el último día de la semana laboral |
| ☐ al inicio de la jornada laboral | ☐ a media jornada laboral |
| ☐ al final de la jornada laboral | |

8. Nota mejoría:

- | | |
|---|--|
| ☐ cuando se acaba la jornada laboral | ☐ en los días de descanso |
| ☐ en las vacaciones | ☐ nunca |

9. Relaciona los síntomas con la jornada laboral: ☐ SI ☐ NO

10. Relaciona los síntomas con algún producto que manipula: ☐ SI ☐ NO
Con cuál?:

11. Actividades extralaborales que puedan tener repercusión en el aparato cardiorrespiratorio: ☐ SI ☐ NO
Cuál?:

12. Le han realizado exámenes de salud anteriores por la misma patología? ☐ SI ☐ NO
Cuál ha sido el resultado?