



Physicians Health Center

OCCUPATIONAL HEALTH SPECIALISTS

PHYSICIAN'S RESPIRATOR EVALUATION

EMPLOYEE: _____

EMPLOYER: _____

CLASS: 1. No restrictions on respirator use.
(Circle)

 2. Some specific use restrictions.

 3. No respirator use permitted.

RESTRICTIONS: _____

Examining Physician

Date

6221 N.W. 36TH STREET • MIAMI, FLORIDA 33166 • PHONE (305) 871-3627 • FAX (305) 871-7569

7887 N. KENDALL DR. • SUITE 102 • MIAMI, FL 33156 • PHONE (305) 279-7722 • FAX (305) 279-2090

6990 N.W. 37 AVENUE • MIAMI, FLORIDA 33147 • PHONE (305) 691-5050 • FAX (305) 691-0006

20535 N.W. 2ND. AVENUE, SUITE 150 • MIAMI, FL 33169 • PHONE (305) 653-7720 • FAX (305) 653-2099

1448 N. KROME AVE., SUITE 101 • FLORIDA CITY, FLORIDA 33034 • PHONE (305) 245-0222 • FAX (305) 246-3700



Physicians Health Center

OCCUPATIONAL HEALTH SPECIALISTS

Respirator Physical Results

EMPLOYEE: _____

EMPLOYER: _____

Initial Exam _____

Annual Exam _____

PFT _____

FEV1 _____

FVC _____

Chest X-Ray _____

Pulmonary Physical Exam (chest, heart, lung exam) _____

Examining Physician

Date



Physicians Health Center

OCCUPATIONAL HEALTH SPECIALISTS

Respirator Medical Qualification Calificación Médica de Respirador

Company/ Compañía _____

Employee/Empleado _____ Department/Departamento _____

Date of Form/Fecha _____ Date of Last Respirator Physical
Fecha Del Ultimo Exámen de Respirador _____

Note: Answers to questions in Section 1, and to question 9 in Section 2 of Part A, do not require a medical examination.
Nota: Respuestas a preguntas en la Sección 1, y pregunta 9 en Sección 2 de Parte A, no requiere examinación médica.

Employee: Can you read? (circle one): Yes No
Empleado: Puede usted leer? (circule uno): Yes No

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.

Su empleador deberá permitirle contestar este cuestionario durante horas normales de trabajo, o en un momento y lugar que le sea conveniente a usted. Para mantener su confiabilidad, su empleador o supervisor no deberá mirar o revisar sus respuestas, y su empleador tiene que decirle a usted donde entregar este cuestionario al profesional de salud que lo revisará.

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).

Parte A. Sección 1. (Mandatorio) La siguiente información deberá contestarse por cada empleado que haya sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (letra de molde).

1. Today's Date Fecha de Hoy		2. Your Name Su Nombre	
3. Your Age Su Edad		4. Sex (circle one) Sexo (circule uno)	Male Female Masculino Femenino
5. Your Height Su Estatura	Feet, Inches Pies, Pulgadas	6. Weight Peso	lbs. libras
7. Job Title Título de Posición			
8. Phone # # de Teléfono		9. Best time to call Mejor hora de llamar	

<p>10. Has your employer told you how to contact the health care professional who will review this questionnaire (circle one) Yes No</p> <p>Le ha informado su empleador como ponerse en contacto con el profesional de salud que revisará este cuestionario (circule uno) Si No</p>	
<p>11. Check the type of respirator you will use (you can check more than one category): Marque el tipo de respirador que usted usará (puede marcar más de una categoría):</p>	
<p>A. _____ N, R, or P disposable respirator (filter-mask, non-cartridge type only).</p> <p>A. _____ N, R, o P respirador desechable (máscara de filtro, tipo sin cartucho solamente).</p>	
<p>B. _____ Other type (for example, half or full-facepiece type, powered-air purifying, supplied-air, contained breathing apparatus).</p> <p>B. _____ Otro tipo (por ejemplo, tipo pieza para la cara media o completa, aire apoderado purificado, aire suplantado, aparato respiratorio contenido por si mismo).</p>	
<p>12. Have you worn a respirator (circle one)</p> <p style="text-align: center;">Yes No</p> <p style="text-align: center;">A usado usted un respirador (circule uno)</p> <p style="text-align: center;">Si No</p>	<p>If “yes”, what types?</p> <p>Si “sí”, que tipo?</p>
<p>Part A. Section 2. (Mandatory) Questions 1 through 9 below must be answered by every employee who has been selected to use any type of respirator (please circle “yes” or “no”).</p> <p>Parte A. Sección 2. (Mandatorio) Preguntas 1 al 9 debajo tienen que contestarse por cada empleado que a sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (favor de circular “sí” o “no”).</p>	
<p>1. Do you currently smoke tobacco, or have you smoked tobacco in the last month?</p> <p>Usted actualmente fuma tabaco, o ha fumado usted tabaco en el último mes?</p>	<p style="text-align: center;">Yes No</p> <p style="text-align: center;">Si No</p>
<p>2. Have you ever had any of the following conditions? Alguna vez a tenido cualquiera de las siguientes condiciones?</p>	
<p>a. Seizures (fits) Convulsiones</p>	<p style="text-align: center;">Yes No</p> <p style="text-align: center;">Si No</p>
<p>b. Diabetes (sugar disease) Diabetis (azúcar)</p>	<p style="text-align: center;">Yes No</p> <p style="text-align: center;">Si No</p>
<p>c. Alergic reaction that interferes with your breathing Reacción alérgica que interfiere con su respiración</p>	<p style="text-align: center;">Yes No</p> <p style="text-align: center;">Si No</p>
<p>d. Claustrophobia (fear of closed-in places) Claustrofobia (temor a lugares cerrados)</p>	<p style="text-align: center;">Yes No</p> <p style="text-align: center;">Si No</p>

e. Trouble smelling odors Dificultad oliendo pestes	Yes Si	No No
3. Have you ever had any of the following pulmonary or lung problems? Alguna vez a tenido cualquiera de los siguientes problemas pulmonares?		
a. Asbestosis Asbestosis	Yes Si	No No
b. Asthma Asma	Yes Si	No No
c. Chronic bronchitis Bronquitis crónica	Yes Si	No No
d. Emphysema Enfisema	Yes Si	No No
e. Pneumonia Neumonía	Yes Si	No No
f. Tuberculosis Tuberculosis	Yes Si	No No
g. Silicosis Silicosis	Yes Si	No No
h. Pneumothorax (collapse lung) Pneumothorax (pulmón caído)	Yes Si	No No
i. Lung Cancer Cáncer del Pulmón	Yes Si	No No
j. Broken ribs Costillas rotas	Yes Si	No No
k. Any chest injuries or surgeries Alguna lesión al pecho o cirugía	Yes Si	No No
l. Any other lung problems that you've been told about Algún otro tipo de problemas del pulmón que le hayan dicho		
4. Do you currently have any of the following symptoms of pulmonary or lung illness? Tiene usted actualmente alguno de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar?		
a. Shortness of breath Falta de aire	Yes Si	No No
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 anivelado o caminando una pequeña loma o inclinado	Yes Si	No 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 paso normal en terreno anivelado	Yes Si	No No
d. Have yo stop for breath when walking at your own pace on level ground Tiene que parar a respirar cuando camina a su propio pazo en terreno anivelado	Yes Si	No No
e. Shortness of breath when washing or dressing yourself Falta de aire cuando se lava o se viste usted	Yes Si	No No
f. Shortness of breath that interferes with your job Falta de aire que interfiere con su trabajo	Yes Si	No No
g. Coughing that produces phlegm (thick sputum) Tos que le produce flema	Yes Si	No No
h. Coughing that wakes you early in the morning Tos que le despierta temprano en la mañana	Yes Si	No No
i. Coughing that occurs mostly when you are lying down Tos que le ocurre mayormente cuando esta acostado	Yes Si	No No
j. Coughing up blood in the last month Tosiendo sangre en el último mes	Yes Si	No No
k. Wheezing Silvido al respirar	Yes Si	No No
l. Wheezing that interferes with your job Silvido al respirar que interfiere con su trabajo	Yes Si	No No
m. Chest pain when you breathe deeply Dolor en el pecho cuando respira profundo	Yes Si	No No
n. Any other symptoms that you think may be related to lung problems Algún otro sintoma que usted piense pueda ser relacionado a un problema pulmonar	Yes Si	No No
5. Have you ever had any of the following cardiovascular problems? Alguna vez a tenido uno de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?		
a. Heart attack Ataque al corazón	Yes Si	No No
b. Stroke Embolia	Yes Si	No No
c. Angina Angina	Yes Si	No No
d. Heart failure Fallo de corazón	Yes Si	No No

e. Swelling in your legs or feet (not caused by walking) Inflamación en los pies o piernas (no causado por caminar)	Yes Si	No No
f. Heart arrhythmia (heart beating irregularly) Arritmia cardiaca (pulsación del corazón irregular)	Yes Si	No No
g. High blood pressure Presión sanguínea alta	Yes Si	No No
h. Any other heart problem that you've been told about Algún otro problema del corazón que le hayan dicho	Yes Si	No No
6. Have you ever had any of the following cardiovascular or heart symptoms? Alguna vez a tenido uno de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?		
a. Frequent pain or lightness in your chest Frecuente dolor o apretazón en el pecho	Yes Si	No No
b. Pain or tightness in your chest during physical activity Dolor o apretazón en el pecho durante actividad física	Yes Si	No No
c. Pain or tightness in your chest that interferes with your job Dolor o apretazón en el pecho que interfiere con su trabajo	Yes Si	No No
d. In the past two years, have you noticed your heart skipping or missing a beat En los últimos dos años, ¿a notado si su corazón le brinca o le falta una pulsación	Yes Si	No No
e. Heartburn or indigestion that is not related to eating Acidez o indigestión que no sea relacionada al comer	Yes Si	No No
f. Any other symptoms that you think may be related to heart or circulation problems. Algún otro síntoma que usted piense que sea relacionado a problemas del corazón o circulación	Yes Si	No No
7. Do you currently take medication for any of the following problems? Usted actualmente toma algún medicamento para uno de los siguientes problemas?		
a. Breathing or lung problems Respiración o problema pulmonar	Yes Si	No No
b. Blood pressure Presión sanguínea	Yes Si	No No
c. Seizures (fits) Convulsiones	Yes Si	No No
8. If you've used a respirator, have you even had any of the following problems? (If you've never used a respirator, check the following space and go to question 9). Si usted ha usado un respirador, alguna vez a tenido uno de los siguientes problemas? (Si nunca ha usado un respirador, marque el siguiente espacio y vaya a la pregunta 9).		

a. Eye irritation Irritación de los ojos	Yes Si	No No
b. Skin allergies or rashes Alergias o erupción en la piel	Yes Si	No No
c. Anxiety Ansiedad	Yes Si	No No
d. General weakness or fatigue Debilidad general o fatiga	Yes Si	No No
e. Any other problem that interferes with your use of a respirator Algún otro problema que interfiera con su uso de un respirador	Yes Si	No No
9. Would you like to talk to the health care professional who will review this questionnaire about your answers to this questionnaire? Desea usted hablar de sus respuestas con el profesional de salud que revisará este cuestionario?	Yes Si	No No

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.

Preguntas 10 a 15 tienen que ser contestadas por cada empleado que haya sido seleccionado para usar un respirador de cara completa o un aparato contenido por si mismo. Para empleados que hayan sido seleccionados para usar otro tipo de respirador, la respuesta a estas preguntas es voluntaria.

10. Have you ever lost vision in either eye (temporarily or permanently)? Alguna vez a perdido la vista en un ojo (temporario o permanente)?	Yes Si	No No
11. Do you currently have any of the following vision problems? Tiene usted actualmente alguno de los siguientes problemas de visión?		
a. Wear contact lenses Usa lentes de contacto	Yes Si	No No
b. Wear glasses Usa espejuejos	Yes Si	No No
c. Color blind Ciego al color	Yes Si	No No
d. Any other eye or vision problem Algún otro problema de los ojos o la vista	Yes Si	No No
12. Have you ever had an injury to your ears, including a broken ear drum? Alguna vez a tenido lesión a los oídos, incluyendo tímpano roto?	Yes Si	No No
13. Do you currently have any of the following hearing problems? Tiene usted actualmente alguno de los siguientes problemas al oído?		

a. Difficulty hearing Dificultad para oír	Yes Si	No No
b. Wear a hearing aid Usa un audífono para oír	Yes Si	No No
c. Any other hearing or ear problems? Algún otro problema de oído o para oír?	Yes Si	No No
14. Have you ever had a back injury? Alguna vez se ha lesionado la espalda?	Yes Si	No No
15. Do you currently have any of the following musculoskeletal problems? Tiene usted actualmente cualquiera de los siguientes problemas musculoesqueléticos?		
a. Weakness in any of your arms, hands, legs, or feet Debilidad en alguno de los brazos, manos, piernas o pies	Yes Si	No No
b. Back pain Dolor de espalda	Yes Si	No No
c. Difficulty fully moving your arms and legs Dificultad moviendo completamente sus brazos o piernas	Yes Si	No No
d. Pain or stiffness when you lean forward or backward at the waist Dolor o rigidez al doblar la cintura para adelante o para atrás	Yes Si	No No
e. Difficulty fully moving your head up or down Dificultad moviendo completamente la cabeza para arriba y para abajo	Yes Si	No No
f. Difficulty fully moving your head side to side Dificultad moviendo completamente la cabeza a ambos lados	Yes Si	No No
g. Difficulty bending at your knees Dificultad al doblar las rodillas	Yes Si	No No
h. Difficulty squatting to the ground Dificultad al agacharse	Yes Si	No No
i. Climbing a flight of stairs or a ladder carrying more than 25 lbs. Subiendo escaleras o escalinatas mientras carga más de 25 libras	Yes Si	No No
j. Any other muscle or skeletal problem that interferes with using a respirator Algún otro problema muscular o de esqueleto que interfiere con el uso de un respirador	Yes Si	No No

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 no listadas, pueden ser añadidas al cuestionario a discreción del profesional de salud que revisará el cuestionario.

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, trabaja usted en gran altura (más de 5,000 pies) o en un lugar que tenga menos oxígeno que lo normal?	Yes No Si No
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 “sí”, usted siente mareo, falta de aire, golpe en el pecho, o otro sintoma cuando trabaja bajo estas condiciones?	Yes No Yes No
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 la casa, alguna vez a estado expuesto a solventes peligrosos, químicas peligrosas en el aire (ejemplo, gases, vapores, o polvos), o a tenido contacto de piel con químicas peligrosas?	Yes No Si No
If “yes”, name the chemicals, if you know them. Si “sí”, nombre las químicas, si las conoce.	
3. Have you ever worked with any of the materials, or under any of the conditions, listed below? Alguna vez a trabajado con alguno de los materiales, o bajo una de las siguientes condiciones?	
a. Asbestos Asbestos	Yes No Si No
b. Silica (e.g., in sandblasting) Silice (ejemplo limpiar con arena)	Yes No Si No
c. Tungsten/cobalt (e.g., grinding or welding this material)? Tungsteno/cobalto (ejemplo, moliendo o soldando este material)?	Yes No Si No
d. Beryllium Berilio	Yes No Si No
e. Aluminum Aluminio	Yes No Si No
f. Coal (for example, mining) Carbón (por ejemplo, minando)	Yes No Si No
g. Iron Hierro	Yes No Si No
h. Tin Lata	Yes No Si No
i. Dusty environments Ambientes empolvados	Yes No Si No
j. Any other hazardous exposures Algún otro ambiente peligroso	Yes No Si No

<p>If “yes”, describe these exposure</p> <p>Si “si”, describa el ambiente</p>		
<p>4. List any second jobs or side businesses you have.</p> <p>Liste algún segundo trabajo o tipo de negocio particular que usted tenga.</p>		
<p>5. List your previous occupations.</p> <p>Liste sus ocupaciones anteriores.</p>		
<p>6. List your current and previous hobbies.</p> <p>Liste sus aficiones actuales o previas.</p>		
<p>7. Have you been in the military services. Usted ha estado en el servicio militar</p>	<p>Yes Si</p>	<p>No No</p>
<p>If “yes”, were you exposed to biological or chemical agents (either in training or combat)? Si “si”, fue expuesto a agentes biológicos o químicos (sea en entrenamiento o en combate).</p>	<p>Yes Si</p>	<p>No No</p>
<p>8. Have you ever worked on a HAZMAT team? Ha trabajado alguna vez en un equipo de HAZMAT (materiales peligrosos)</p>	<p>Yes Si</p>	<p>No No</p>
<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)? Además de medicamentos para la respiración o problema pulmonar, problemas del corazón, presión sanguínea, o convulsiones antes mencionadas en este cuestionario, está usted tomando algún otro medicamento por cualquier razón (incluyendo medicinas sin receta)?</p>	<p>Yes Si</p>	<p>No No</p>
<p>If “yes”, name the medications, if you know them. Si “si”, nombre las medicinas, si sabe el nombre.</p>		
<p>** 10. Will you be using any of the following items with your respirator(s)? Usará usted alguno de los siguientes artículos consu respirador(es)?</p>		
<p>a. HEPA filters Filtros HEPA</p>	<p>Yes Si</p>	<p>No No</p>
<p>b. Canisters (for example, gas masks) Contenedores (por ejemplo, máscaras de gas)</p>	<p>Yes Si</p>	<p>No No</p>

c. Cartridges Cartuchos	Yes No Si No
<p>11. How often are you expected to use de respirator(s)? (Circle “yes” or “no” for all answers that apply to you)?</p> <p>Con cuanta frecuencia se espera que usted use el respirador(es)? (Circule “si” o “no” para todas las respuestas que apliquen a usted).</p>	
a. Escape only (no rescue). Para escape solamente (no rescate)	Yes No Si No
b. Emergency rescue only Rescate de emergencia solamente	Yes No Si No
c. Less than 5 horus per week Menos de 5 horas por semana	Yes No Si No
d. Less than 2 hours per day Menos de 2 horas por día	Yes No Si No
e. 2 to 4 hours per day 2 a 4 horas por día	Yes No Si No
f. Over 4 hours per day Más de 4 horas diarias	Yes No Si No
<p>12. During the period you are using the respirator(s), is your work effort:</p> <p>Durante el período que usted usa el respirador(es), su esfuerzo de trabajo es:</p>	
a. Light (less than 200 kcal per hour) Ligero (menos de 200 Kcal por hora)	Yes No Si No
<p>If “yes”, how long does this period last during the average shift? _____hours, _____minutes. Examples of a light work are <i>sitting</i> while writing, typing, drafting, or performing light assembly work; or <i>standing</i> while operating a drill press (1-3 lbs.) or controlling machines.</p> <p>Si “si”, cuanto dura este período durante un turno típico? _____horas, _____minutos. Ejemplos de trabajo ligero son <i>sentado</i> mientras escribe, mecanografía, dibuja o hace ensamble ligero, o <i>parado</i> mientras opera una prensa taladro (1-3 libras) o controla máquinas.</p>	
b. Moderate (200 to 350 kcal per hour) Moderado (200 a 350 kcal por hora)	Yes No Si No

<p>If “yes”, how long does this period last during the average shift? _____hours, _____minutes. Examples of moderate work effort are <i>sitting</i> while nailing or filing; <i>driving</i> a truck or bus in urban traffic; <i>standing</i> while drilling, nailing, performing assembly work, or transferring a moderate load (about 35 lbs.) at trunk level; <i>welking</i> on a level surface about 2 mph or down a 5-degree grade about 3mph, or <i>pushing</i> a wheelbarrow with a heavy load (about 100 lbs.) on a level surface.</p> <p>Si “si”, cuanto dura este período durante un turno típico? _____horas, _____minutos. Ejemplos de esfuerzo moderado son <i>sentado</i> mientras clava o lija; <i>manejando</i> camión o autobús en tráfico urbano; <i>parado</i> mientras taladra, clava, ensambla, o transfiere carga moderada (aprox. 35 libras) a nivel del pecho; <i>caminando</i> en superficie anivelada como a 2 mph o inclinado 5 grados de 3 mph; o <i>empujando</i> una carretilla con carga pesada (como 100 libras) en superficie anivelada.</p>	
<p>c. <i>Heavy</i> (above 350 kcal per hour) <i>Pesado</i> (más de 350 kcal por hora)</p>	<p>Yes No Si No</p>
<p>If “yes”, how long does this period last during the average? _____hours, _____minutes. Examples of heavy work are <i>lifting</i> a heavy load (about 50 lbs.) from the floor to your waist or shoulder; working on a loading dock; <i>shoveling</i>; <i>standing</i> while bricklaying or chipping castings; <i>walking</i> up an 8-degree grade about 2 mph; climbing stairs with a heavy load (about 50 lbs.)</p> <p>Si “si”, cuanto dura este período durante un turno típico? _____horas, _____minutos. Ejemplos de esfuerzo pesado son <i>cargando</i> una carga pesada (como 50 libras) del piso a su cintura o hombros; trabajando en un puerto de carga; <i>paleando</i>; <i>parado</i> mientras pone ladrillos o martilla fundición; <i>camina</i> hacia arriba en ángulo de 8 grados a 2 mph; subiendo escaleras con carga pesada (como 50 libras).</p>	
<p>13. Will you be wearing protective clothing and/or equipment (other than the respirator) when you're using your respirator? Usted usará ropa protectora y/o equipo (aparte del respirador) mientras usa el respirador?</p>	<p>Yes No Si No</p>
<p>If “yes”, describe this protective clothing and/or equipment. Si “si” describa la ropa y/o el equipo protectoro.</p>	
<p>14. Will you be working under hot conditions - temperature greater than 77 degrees F? Trabajará usted bajo condiciones calurosas - temperaturas mas de 77 grados F?</p>	<p>Yes No Si No</p>
<p>15. Will you be working under humid conditions? Trabajará usted bajo condiciones húmedas?</p>	<p>Yes No Si No</p>
<p>16. Describe the work you'll be doing while you're using your respirator(s). Describa el trabajo que usted estará haciendo mientras usa su respirador(es)</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 usted pueda encontrar mientras usa su respirador(es) (por ejemplo, espacios pequeños, gases peligrosos).

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).

Indique la siguiente información, si lo sabe, para cada sustancia tóxica a la cual usted será expuesto mientras usa su respirador(es).

a. Name of the first toxic substance
Nombre la primera sustancia tóxica

Estimated maximum exposure level per shift Tiempo estimado de nivel de exposición máxima por turno	
---	--

Duration of exposure per shift Duración de exposición por turno	
--	--

b. Name of the second toxic substance
Nombre de la segunda sustancia tóxica

Estimated maximum exposure level per shift Tiempo estimado de nivel de exposición máxima por turno	
---	--

Duration of exposure per shift Duración de exposición por turno	
--	--

c. Name of the third toxic substance
Nombre de la tercera sustancia tóxica

Estimated maximum exposure level per shift Tiempo estimado de nivel de exposición máxima por turno	
---	--

Duration of exposure per shift Duración de exposición por turno	
--	--

d. 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 cual usted será expuesto mientras usa su respirador(es).

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 usted tendrá mientras usa su respirador(es) que pueda afectar la seguridad y el bien estar de otros (por ejemplo, rescate, seguridad).

Employee Signature/Firma del Empleado _____

Reviewed By/Revisado Por _____ Title/Título _____

Date/Fecha _____

Medical Review By/Revisión Médica Por _____ Title/Título _____

Date/Fecha _____

Approved use of following respirators and conditions:
Uso aprobado de los siguientes respiradores y condiciones:

Physician's Notes/Notas del Médico: