

Opinión médica del modelo de respirador

El empleado debe utilizar este formulario para dar información al médico a cargo de la evaluación sobre el tipo de respirador que se debe emplear y la índole de los riesgos respiratorios. El médico dará su opinión en este formulario con relación a la capacidad del empleado de realizar su trabajo mientras lleva puesta una protección para las vías respiratorias. Una vez llenado, el empleador debe conservar el formulario en sus registros.

Información del empleado

Nombre del empleado		Teléfono del trabajo	
Puesto	Nombre del supervisor		
Dirección del trabajo	Ciudad	Estado o provincia	Código postal

Uso previo de respiradores

¿Alguna vez ha usado un respirador? Sí No

En caso afirmativo, describa el modelo, su estado y cualquier dificultad notoria durante su uso.

Información sobre el respirador

Modelo de respirador <input type="checkbox"/> Gas o vapor <input type="checkbox"/> Máscara de polvo o rociado <input type="checkbox"/> Depósito o cartucho <input type="checkbox"/> Con provisión de aire <input type="checkbox"/> Con dispositivo respirador interno <input type="checkbox"/> Otro		Peso del respirador
Frecuencia de uso del respirador <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Solo en circunstancias especiales <input type="checkbox"/> Ocasional	Duración de cada uso	Nivel de actividad laboral con el respirador <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso
Riesgos respiratorios potenciales (enumérelos)		

Ropa y equipamiento protector adicionales que se debe llevar puesto.

Posibles cambios extremos de temperatura y humedad

Firma del empleado

Firma del empleado	Fecha
--------------------	-------

Resultados del examen médico (Para uso exclusivo del médico)

Aprobación para usar un respirador

Sí No

Comentarios

Firma del médico

Firma del médico	Fecha
------------------	-------