

MED CENTER

Questionario de Medicina Perioítica Examen del Asbesto Confidencial

1. Nombre completo (complete name) _____
2. Número del Seguro Social (Social Security #) _____
3. Dirección de casa (home address) _____
4. Ocupación (present occupation) _____
5. Departamento (department) _____
6. Dirección del Trabajo (work address) _____

- Zona Postal (Zip Code)
7. Número de Teléfono (telephone number) _____
8. Entrevistarse con (Interviewer) _____
9. Fecha de nacimiento (date of birth) _____
10. ¿Es Usted? (Are you?)
_____ soltero (single)? _____ viudo (married)?
_____ casado (married)? _____ separado/divorciado (separated/divorced)?

11. Historia Profesional (Occupational History)

- 11A. ¿En el año pasado, trabajó el tiempo completo (30 horas o mas por semana) por 6 meses o más? (In the past year, did you work full time [30 hours or more per week] for 6 months or more?) _____ **Si** _____ **No**
- 11B. ¿En el año pasado, trabajó en un lugar expuesto al polvo? (In the past year, did you work in a dusty job?) _____ **Si** _____ **No**
_____ **Does not apply**
- 11C. ¿Estuvo expuesto? (Was dust exposure)
___ a. poco (mild) ___ b. moderado (moderate) _____ c. mucho (severe)
- 11D. ¿En el año pasado, estuvo expuesto a los vapores de gas o químicas en su trabajo? (In the past year, were you exposed to gas or chemical fumes in your work?) _____ **Si** _____ **No**
- 11E. ¿Estuvo expuesto? (was exposure):
___ a. poco (mild) ___ b. moderado (moderate) _____ c. mucho (severe)

11F. En el año pasado, ¿cual es su trabajo/ocupación? (In the past year, what is your job/occupation?) _____

12. Historia Medica (Medical History)

12A. ¿Se considera a tener buena salud? (Do you consider yourself to be in good health?) _____ **Sí** _____ **No**

Si la respuesta es "no," explica por qué (If no, state reason:)

12B. En el año pasado, ¿tuvo:
(In the past year, have you developed:)

	Sí	No
Epilepsia (Epilepsy)?	_____	_____
Fiebre reumatica (Rheumatic fever)?	_____	_____
Enfermedad de los rinones (Kidney disease)?	_____	_____
Enfermedad de la vejiga (Bladder disease)?	_____	_____
Diabetes (Diabetes)?	_____	_____
Piel amarilla (Jaundice)?	_____	_____
Cancer (Cancer)?	_____	_____

13. Gripe o Enfermedades del Pecho (Chest Colds and Chest Illnesses)

13A. ¿Cuándo tenga gripe, usualmente entra su pecho? _____ **Sí** _____ **No**
(Usualmente significa más que un medio del tiempo) _____ **No se enferm**
If you get a cold, does it usually go to your chest? _____ **con gripe**
(Usually means more than one-half the time)

13B. ¿En el año pasado, tuvo alguna enfermedad del pecho en que no pudo trabajar, se quedó en casa or _____ **Sí** _____ **No**
en cama? (During the past year have you had any _____ **No se aplica**
chest illnesses that have kept you from work, indoors, or in bed?)

13C. ¿Tuvo la flema con alguna de estas enfermedades del pecho? (Did you produce phlegm with any _____ **Sí** _____ **No**
of these chest illnesses?) _____ **No se aplica**

13D. En el año pasado, ¿cuántas enfermedades con flema tuvo, las cuales duró un semana o más? _____ **Número**
 (In the past year, how many such illnesses with increased phlegm did you have which lasted a week or more? _____ **No se aplica**)

14. Sistema Respiratorio (Respiratory System)

14A. En el año pasado ¿tuvo:

(In the past year, have you had)

Asma (Asthma)?

Bronquitis (Bronchitis)?

Fiebre de heno (Hay fever)?

Otras alergias (Other allergies)?

Pulmonía (Pneumonia)?

Tuberculosis (Tuberculosis)?

Operaciones del pecho (Chest surgery)?

Otros problemas de los pulmones?

(Other lung problems)?

Enteridades de corazón? (Heart disease)?

Sí **No** **Si contesta sí, explica:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

14B. ¿Tiene ahora (do you have)

Gripe frecuente (Frequent colds)?

Tos crónico (Chronic cough)?

Falta de respirar al subir un piso de escaleras? (shortness of breath when walking or climbing one flight of stairs)

Sí **No** **Si contesta sí, explica:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

14C. ¿Tiene (do you have)

La ronca el pecho (wheeze)?

Arroja la flema (cough up phlegm)?

Fuma cigarillos (smoke cigarettes)?

Sí **No** **Si contesta sí, explica:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	cuántas cajatillas (packs per day)	_____
_____	cuántos años (how many years)	_____

Fecha _____ **Firme** _____