

**Center for the Biology of Natural Systems
Queens College
City University of New York
Flushing, New York 11367**

telephone (718) 670-4184
fax (718) 670-4165
smarkowitz@gc.cuny.edu

November 29, 2012

3M Corporate Headquarters
3M Center
St. Paul, MN 55144-1000

To Whom it May Concern:

We write to ask for your assistance in facilitating the safe clean-up and reconstruction that is required in response to the aftermath of Hurricane Sandy. Estimates of the number of homes, apartments, and businesses that require repair are over 570,000 in New York state alone. This work will require a large workforce of construction workers in coming months and years. The high prevalence of respiratory and other illnesses among workers involved in the clean-up of the World Trade Center site highlights the vital need that clean-up after Hurricane Sandy be done as safely as possible.

We seek a donation of safety equipment from your company to help us provide proper equipment and training to a work force that is likely to be otherwise unprotected – immigrant construction workers, principally Spanish-speaking, non-unionized laborers. We are an environmental and occupational health center (cbns-environmental health.org) at Queens College (City University of New York) and are partnering with a well-established community organization, Make the Road New York, to provide training and a complete set of appropriate personal protective equipment to 500 immigrant workers who are, or will soon be employed in clean-up of flood-damaged homes in Brooklyn, Queens, and Staten Island. We will provide initial training of these workers to understand Sandy-related hazards, provide respirator fit-testing, and orient them to proper use of safety equipment.

We know that your company is dedicated to protecting workers from harm. We have identified your line of N95 respirators and ear plugs as important safety equipment we would like to make available to clean-up workers. You can make a real and concrete contribution to limiting the damage created by Hurricane Sandy by assisting us in this important work.

We appreciate your attention. To discuss a possible donation of equipment, please call Jonathan Corbin at our office at 718-670-4228. Donations can also be sent to his attention at Queens College-CBNS, Remsen Hall-311, 65-30 Kissena Blvd, Flushing, NY 11367.

Sincerely,



Steven Markowitz, M.D.
Director, CBNS, Queens College



Jonathan Corbin, MPH
Outreach Coordinator, CBNS, Queens College

FORM CHECKLIST

DATE: _____

LOCATION: _____

BARRY COMMONER CENTER
for Health & the Environment



STUDENT INFORMATION			FORMS <i>(Check off all that the student has completed)</i>				
#	LAST NAME	FIRST NAME	INTAKE	CONSENT	MEDICAL	TEST	EVAL.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Personal Protection Equipment

Type of PPE	Hazard	Product Description	Manufacturer and Make	Model #	Unit Cost	QTY	Total Cost
Respirators	Dust/Mold/Biological	N-95 respirator	3M Respirator, Disposable, N95	8210PLUS	\$1.63	5,000	\$8,150.00
	VOCs/Heavy Metals/Dust/Mold/Biological	Half face elastomeric (rubberized) respirator	Miller by Honey Well-Premier, Hlf Mask Rsptrr, S-Series,	312500G	\$39.00	500	\$19,500.00
		OV cartridges	Survivair S-Series, OV Cartridge, PK	B100100G	\$7.80	2000	\$15,600.00
Work Gloves	Chemical	Chemical resistant glove	Ansell Chemical Resistant Glove, 15 mil	37-676	\$3.31	500	\$1,655.00
	Physical	Cut resistant glove	ANSELL Cut Resistant Gloves, Nitrile,	11-500-9	\$10.09	500	\$5,045.00
Hard Hats	Physical	ANSI rated hard hat	MSA Hard Hat, FullBrim, NonSlotted	475369	\$20.76	300	\$6,228.00
Footwear	Physical	Steel-toe work boots	Grabbers Work Boots, Stl, Mn, Blk	G0019-11M	\$57.00	300	\$17,100.00
Goggles	Chemical/Physical	Goggles/safety glasses with side shields or full face shields. Osha standard: Z87 level	Miller by Honeywell OTG Goggles	11250810	\$7.92	500	\$3,960.00
Hearing Protection	Noise	Ear plugs	3M Ear Plugs, 28dB, Corded, Univ	318-1001	\$1.26	500	\$630.00
Body Suits	Chemical/Biological	Tyvx Suits	Dupont Coverall, White, Elastic Wrist/Ankle,	TY125SWHX L0025PI	\$12.00	500	\$6,000.00
Sanitizers	Biological	Alcohol based sanitizers	Purell Hand Sanitizer, Size 8 oz., Gel,	9674-12	\$8.72	500	\$4,360.00
Total Costs for PPE							\$88,228.00

Appendix C to 1910.134:OSHA Respirator Medical Evaluation Questionnaire (Mandatory)

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:

Can you read (circle one): 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.

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).

1. Today's date: _____

2. Your name: _____

3. Your age (to nearest year): _____

4. Sex (circle one): Male Female

5. Your height: _____ ft. _____ in.

6. Your weight: _____ lbs.

7. Your job title: _____

8. A phone number where you can be reached by the health care professional who reviews this questionnaire (include the Area Code): _____

9. The best time to phone you at this number: _____

10. Has your employer told you how to contact the health care professional who will review this questionnaire (circle one): Yes No

11. Check the type of respirator you will use (you can check more than one category):
a. _____ N, R, or P disposable respirator (filter-mask, non-cartridge type only).
b. _____ Other type (for example, half- or full-facepiece type, powered-air purifying, supplied-air, self-contained breathing apparatus).

12. Have you worn a respirator (circle one): Yes No

If "yes," what type(s): _____

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").

1. Do you currently smoke tobacco, or have you smoked tobacco in the last month: Yes No

2. Have you ever had any of the following conditions?
 - a. Seizures (fits): Yes No
 - b. Diabetes (sugar disease): Yes No
 - c. Allergic reactions that interfere with your breathing: Yes No
 - d. Claustrophobia (fear of closed-in places): Yes No
 - e. Trouble smelling odors (except when you had a cold): Yes No

3. Have you ever had any of the following pulmonary or lung problems?
 - a. Asbestosis: Yes No
 - b. Asthma: Yes No
 - c. Chronic bronchitis: Yes No
 - d. Emphysema: Yes No
 - e. Pneumonia: Yes No
 - f. Tuberculosis: Yes No
 - g. Silicosis: Yes No
 - h. Pneumothorax (collapsed lung): Yes No
 - i. Lung cancer: Yes No
 - j. Broken ribs: Yes No
 - k. Any chest injuries or surgeries: Yes No
 - l. Any other lung problem that you've been told about: Yes No

4. Do you currently have any of the following symptoms of pulmonary or lung illness?
 - a. Shortness of breath: Yes No
 - b. Shortness of breath when walking fast on level ground or walking up a slight hill or incline: Yes No
 - c. Shortness of breath when walking with other people at an ordinary pace on level ground: . . Yes No
 - d. Have to stop for breath when walking at your own pace on level ground: Yes No
 - e. Shortness of breath when washing or dressing yourself: Yes No
 - f. Shortness of breath that interferes with your job: Yes No
 - g. Coughing that produces phlegm (thick sputum): Yes No
 - h. Coughing that wakes you early in the morning: Yes No
 - i. Coughing that occurs mostly when you are lying down: Yes No
 - j. Coughing up blood in the last month: Yes No
 - k. Wheezing: Yes No
 - l. Wheezing that interferes with your job: Yes No
 - m. Chest pain when you breathe deeply: Yes No
 - n. Any other symptoms that you think may be related to lung problems: Yes No

5. Have you ever had any of the following cardiovascular or heart problems?
 - a. Heart attack: Yes No
 - b. Stroke: Yes No
 - c. Angina: Yes No
 - d. Heart failure: Yes No
 - e. Swelling in your legs or feet (not caused by walking): Yes No
 - f. Heart arrhythmia (heart beating irregularly): Yes No
 - g. High blood pressure: Yes No
 - h. Any other heart problem that you've been told about: Yes No

6. Have you ever had any of the following cardiovascular or heart symptoms?
- a. Frequent pain or tightness in your chest: Yes No
 - b. Pain or tightness in your chest during physical activity: Yes No
 - c. Pain or tightness in your chest that interferes with your job: Yes No
 - d. In the past two years, have you noticed your heart skipping or missing a beat: Yes No
 - e. Heartburn or indigestion that is not related to eating: Yes No
 - f. Any other symptoms that you think may be related to heart or circulation problems: Yes No
7. Do you currently take medication for any of the following problems?
- a. Breathing or lung problems: Yes No
 - b. Heart trouble: Yes No
 - c. Blood pressure: Yes No
 - d. Seizures (fits): Yes No
8. Has your wearing a respirator caused any of the following problems? (If you've never used a respirator, check the following space ___ and go to question 9:)
- a. Eye irritation: Yes No
 - b. Skin allergies or rashes: Yes No
 - c. Anxiety that occurs only when you use the respirator: Yes No
 - d. Unusual weakness or fatigue: Yes No
 - e. Any other problem that interferes with your use of a respirator:.. Yes No
9. Would you like to talk to the health care professional who will review this questionnaire about your answers to this questionnaire: Yes 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.**
10. Have you ever lost vision in either eye (temporarily or permanently): Yes No
11. Do you currently have any of the following vision problems?
- a. Wear contact lenses: Yes No
 - b. Wear glasses: Yes No
 - c. Color blind: Yes No
 - d. Any other eye or vision problem: Yes No
12. Have you ever had an injury to your ears, including a broken ear drum: Yes No
13. Do you currently have any of the following hearing problems?
- a. Difficulty hearing: Yes No
 - b. Wear a hearing aid: Yes No
 - c. Any other hearing or ear problem: Yes No
14. Have you ever had a back injury: Yes No
15. Do you currently have any of the following musculoskeletal problems?
- a. Weakness in any of your arms, hands, legs, or feet: Yes No
 - b. Back pain: Yes No
 - c. Difficulty fully moving your arms and legs: Yes No
 - d. Pain or stiffness when you lean forward or backward at the waist: Yes No
 - e. Difficulty fully moving your head up or down: Yes No
 - f. Difficulty fully moving your head side to side: Yes No
 - g. Difficulty bending at your knees: Yes No
 - h. Difficulty squatting to the ground: Yes No

- i. Difficulty climbing a flight of stairs or a ladder carrying more than 25 lbs: Yes No
- j. Any other muscle or skeletal problem that interferes with using a respirator: Yes 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.

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: Yes 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: 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: Yes No

If "yes," name the chemicals if you know them: _____

3. Have you ever worked with any of the materials, or under any of the conditions, listed below:
- a. Asbestos: Yes No
 - b. Silica (e.g., in sandblasting): Yes No
 - c. Tungsten/cobalt (e.g., grinding or welding this material): Yes No
 - d. Beryllium: Yes No
 - e. Aluminum: Yes No
 - f. Coal (for example, mining): Yes No
 - g. Iron: Yes No
 - h. Tin: Yes No
 - i. Dusty environments: Yes No
 - j. Any other hazardous exposures: Yes No

If "yes," describe these exposures: _____

4. List any second jobs or side businesses you have: _____

5. List your previous occupations: _____

6. List your current and previous hobbies: _____

7. Have you been in the military services? Yes No
 If "yes," were you exposed to biological or chemical agents (either in training or combat): Yes No

8. Have you ever worked on a HAZMAT team? Yes No

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): Yes No

If "yes," name the medications if you know them: _____

10. Will you be using any of the following items with your respirator(s)?
a. HEPA Filters: Yes No
b. Canisters (for example, gas masks): Yes No
c. Cartridges: Yes No

11. How often are you expected to use the respirator(s) (circle "yes" or "no" for all answers that apply to you)?:
a. Escape only (no rescue): Yes No
b. Emergency rescue only: Yes No
c. Less than 5 hours per week: Yes No
d. Less than 2 hours per day: Yes No
e. 2 to 4 hours per day: Yes No
f. Over 4 hours per day: Yes No

12. During the period you are using the respirator(s), is your work effort:
a. Light (less than 200 kcal per hour): Yes No

If "yes," how long does this period last during the average shift: _____ hrs. _____ mins.
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.

b. Moderate (200 to 350 kcal per hour): Yes No

If "yes," how long does this period last during the average shift: _____ hrs. _____ mins.
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.

c. Heavy (above 350 kcal per hour): Yes No

If "yes," how long does this period last during the average shift: _____ hrs. _____ mins.
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.).

13. Will you be wearing protective clothing and or equipment (other than the respirator) when you're using your respirator: Yes No

If "yes," describe this protective clothing and or equipment: _____

14. Will you be working under hot conditions (temperature exceeding 77 deg. F): Yes No

15. Will you be working under humid conditions: Yes No

16. Describe the work you'll be doing while you're using your respirator(s):

17. Describe any special or hazardous conditions you might encounter when you're using your respirator(s) (for example, confined spaces, life-threatening gases):

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):

Name of the first toxic substance: _____

Estimated maximum exposure level per shift: _____

Duration of exposure per shift _____

Name of the second toxic substance: _____

Estimated maximum exposure level per shift: _____

Duration of exposure per shift: _____

Name of the third toxic substance: _____

Estimated maximum exposure level per shift: _____

Duration of exposure per shift: _____

The name of any other toxic substances that you'll be exposed to while using your respirator:

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):

Apéndice C de la sección 1910.134: Cuestionario OSHA de evaluación para respiradores médicos (Obligatorio)

Al empleador: Las respuestas a las preguntas de la sección 1, y a la pregunta 9 de la sección 2, Parte A, no requieren un examen médico.

Al empleado:

Puede usted leer (marque con un círculo la respuesta que corresponda): Sí/No

Su empleador debe permitirle rellenar este cuestionario durante las horas laborales normales o cuando y donde le sea conveniente a usted. Con el fin de proteger la confidencialidad, su empleador o supervisor no puede ni debe mirar o verificar sus respuestas, y su empleador debe decirle cómo entregar o enviar este cuestionario al profesional de la salud encargado/a de evaluarlo.

Parte A. Sección 1. (Obligatoria)

La siguiente información debe ser provista por cada empleado que haya sido seleccionado para utilizar cualquier tipo de respirador (se ruega escriba en letra de imprenta).

1. Fecha de hoy: _____

2. Su nombre: _____

3. Su edad (al año más próximo): _____

4. Sexo (marque la respuesta con un círculo): Hombre/Mujer

5. Su altura: _____ pies _____ pulgadas

6. Su peso: _____ libras

7. Su título en el trabajo: _____

8. Un número de teléfono al que le pueda llamar el profesional de la salud que evalúe este cuestionario (incluya el código de la zona): _____

9. La mejor hora para hablar con usted al número que ha indicado: _____

10. Le ha dicho su empleador cómo ponerse en contacto con el profesional de la salud que evaluará este cuestionario (marque la respuesta con un círculo): Sí/No

11. Marque el tipo de respirador que utilizará usted (puede marcar más de una categoría):

a. _____ Respirador desechable N, R, o P (únicamente tipo sin cartucho, mascarilla de filtro).

b. _____ Otro tipo (por ejemplo, tipo máscara completa o parcial, con purificador de aire motorizado, con suministro de aire, aparato de respiración autónomo).

12. ¿Se ha puesto un respirador (marque la respuesta con un círculo): Sí/No

Si "sí", ¿qué tipo(s)?: _____

Parte A. Sección 2. (Obligatoria)

Las preguntas 1 a 9 siguientes deben ser contestadas por cada empleado que haya sido seleccionado para utilizar cualquier tipo de respirador (se ruega marque con un círculo "sí" o "no").

1. ¿Fuma usted **actualmente** tabaco, o ha fumado usted tabaco en el mes pasado?: Sí/No
2. ¿**Alguna vez** ha tenido usted una de las siguientes condiciones?
 - a. Convulsiones (ataques): Sí/No
 - b. Diabetes (enfermedad del azúcar): Sí/No
 - c. Reacciones alérgicas que interfieran con su respiración: Sí/No
 - d. Claustrofobia (miedo a los espacios cerrados y estrechos): Sí/No
 - e. Dificultades en oler: Sí/No
3. ¿**Alguna vez** ha tenido usted cualquiera de los siguientes problemas pulmonares o del pulmón?
 - a. Asbestosis: Sí/No
 - b. Asma: Sí/No
 - c. Bronquitis crónica: Sí/No
 - d. Enfisema: Sí/No
 - e. Pulmonía: Sí/No
 - f. Tuberculosis: Sí/No
 - g. Silicosis: Sí/No
 - h. Neumotórax (colapso del pulmón): Sí/No
 - i. Cáncer del pulmón: Sí/No
 - j. Costillas rotas: Sí/No
 - k. Cualquier lesión o cirugía al pecho: Sí/No
 - l. Cualquier otro problema pulmonar que le hayan mencionado: Sí/No
4. ¿Tiene usted **actualmente** cualquier de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar o del pulmón?
 - a. Falta de aliento (disnea): Sí/No
 - b. Falta de aliento cuando camina rápido sobre terreno nivelado o una pendiente leve: Sí/No
 - c. Falta de aliento cuando camina con otras personas a un ritmo normal sobre terreno nivelado: Sí/No
 - d. Tiene que parar para respirar cuando camina a su propio ritmo sobre terreno nivelado: Sí/No
 - e. Falta de aliento cuando se viste o se lava: Sí/No
 - f. Falta de aliento que interfiere con su trabajo: Sí/No
 - g. Tos que produce flema (esputo espeso): Sí/No
 - h. Tos que lo/la despierta temprano por la mañana: Sí/No
 - i. Tos que suele ocurrir sobre todo cuando esta acostado/a: Sí/No
 - j. Tos con sangre en el pasado mes: Sí/No
 - k. Respiración sibilante: Sí/No
 - l. Respiración sibilante que interfiere con su trabajo: Sí/No
 - m. Dolor en el pecho cuando respira hondo: Sí/No
 - n. Cualquier otro síntoma que usted crea que esté relacionado con problemas del pulmón: Sí/No
5. ¿**Alguna vez** ha tenido cualquiera de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?
 - a. Ataque cardíaco: Sí/No
 - b. Derrame cerebral: Sí/No
 - c. Angina de pecho: Sí/No
 - d. Insuficiencia cardíaca: Sí/No
 - e. Hinchazón en las piernas o pies (que no sea por caminar): Sí/No
 - f. Arritmia del corazón (corazón que late irregularmente): Sí/No
 - g. Presión sanguínea elevada: Sí/No
 - h. Cualquier otro problema del corazón que se le haya mencionado: Sí/No
6. ¿**Alguna vez** ha tenido cualquiera de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?
 - a. Dolor u opresión en el pecho frecuente: Sí/No
 - b. Dolor u opresión en el pecho durante actividades físicas: Sí/No
 - c. Dolor u opresión en el pecho que interfiere con su trabajo: Sí/No
 - d. ¿En los últimos dos años, ha notado que su corazón late en forma irregular?: Sí/No

- e. Acidez de estómago o indigestión que no tenga que ver con la comida: Sí/No
- f. Cualquier otro síntoma que usted piense que se relacione con problemas de corazón o de circulación: Sí/No

7. ¿Toma usted **actualmente** medicamentos para cualquiera de los siguientes problemas?

- a. Problemas de respiración o del pulmón: Sí/No
- b. Problemas de corazón: Sí/No
- c. Presión sanguínea: Sí/No
- d. Convulsiones (ataques): Sí/No

8. Si ha utilizado un respirador, ¿**alguna** vez ha tenido cualquiera de los siguientes problemas? (Si nunca utilizó un respirador, marque el siguiente espacio y pase a la pregunta 9:)

- a. Irritación de ojo: Sí/No
- b. Alergias o erupciones de piel: Sí/No
- c. Ansiedad: Sí/No
- d. Cansancio o debilidad general: Sí/No
- e. Cualquier otro problema que interfiere con el uso de un respirador: Sí/No

9. ¿Le gustaría hablar con el profesional de la salud que evaluará este cuestionario acerca de sus respuestas?: Sí/No

Las preguntas 10 a 15 a continuación deben ser contestadas por cada empleado que haya sido seleccionado para utilizar un respirador de máscara completa o un aparato de respiración autónomo (Self-Contained Breathing Apparatus, o SCBA por sus siglas en inglés). En cuanto a los empleados que han sido seleccionados para utilizar otro tipo de respiradores, las respuestas a estas preguntas son voluntarias.

10. ¿**Alguna** vez ha **perdido** la visión en uno de los ojos (temporalmente o permanentemente)?: Sí/No

11. ¿Tiene **actualmente** cualquiera de los siguientes problemas de visión?

- a. Lleva lentes de contacto: Sí/No
- b. Lleva lentes o gafas: Sí/No
- c. Daltonismo (no distingue colores): Sí/No
- d. Cualquier otro problema de ojo o de visión: Sí/No

12. ¿**Alguna** vez ha **tenido** lesiones de oído, inclusive un tímpano perforado?: Sí/No

13. ¿Tiene **actualmente** cualquiera de los siguientes problemas de oído?

- a. Dificultades en oír: Sí/No
- b. Tiene puesto un audífono: Sí/No
- c. Cualquier otro problema de oído o de oreja: Sí/No

14. ¿**Alguna** vez ha tenido lesiones de espalda?: Sí/No

15. ¿Tiene **actualmente** cualquiera de los siguientes problemas óseo-musculares?

- a. Debilidad en cualquiera de los brazos, las manos, las piernas o los pies: Sí/No
- b. Dolor de espalda: Sí/No
- c. Dificultades en mover plenamente sus brazos y sus piernas: Sí/No
- d. Dolor o rigidez cuando se inclina al frente o atrás desde la cintura: Sí/No
- e. Dificultades en mover plenamente su cabeza hacia arriba o abajo: Sí/No
- f. Dificultades en mover plenamente su cabeza de lado a lado: Sí/No
- g. Dificultades en flexionar las rodillas: Sí/No
- h. Dificultades en agacharse o acuclillarse: Sí/No
- i. Subir de un piso a otro o escaleras cuando carga más de 25 libras: Sí/No
- j. Cualquier otro problema muscular o esquelético que interfiere con el uso de un respirador: Sí/No

Parte B

Cualquiera de las siguientes preguntas, así como otras preguntas no enumeradas, pueden ser agregadas al cuestionario según lo determine el profesional de la salud que evaluará al presente cuestionario.

1. En su puesto de trabajo actual, ¿trabaja usted a grandes altitudes (más de 5,000 pies) o en un lugar cuya cantidad de oxígeno sea menor a la normal?: Sí/No

Si "sí", ¿siente usted mareo o vértigo, falta de aliento, palpitaciones de pecho u otro síntoma cuando trabaja bajo dichas condiciones?: Sí/No

2. En el trabajo o en casa, ¿alguna vez ha sido usted expuesto/a a solventes peligrosos, sustancias químicas peligrosas en el aire (por ejemplo, gases, humos o polvo), o ha tenido su piel contacto con sustancias químicas peligrosas?: Sí/No

Si "sí", indique el nombre de las sustancias químicas si los sabe: _____

3. ¿Alguna vez ha trabajado usted con cualquier de las sustancias, o en cualquiera de las condiciones, que se enumeran a continuación:

- a. Asbestos: Sí/No
- b. Silicio (*por ejemplo*, en limpieza a chorro de arena): Sí/No
- c. Tungsteno/cobalto (por ejemplo, molienda o soldadura de dicho material): Sí/No
- d. Berilio: Sí/No
- e. Aluminio: Sí/No
- f. Carbón (por ejemplo, minería): Sí/No
- g. Hierro: Sí/No
- h. Estaño: Sí/No
- i. Ambientes con polvo: Sí/No
- j. Cualquier otra exposición peligrosa: Sí/No

Si "sí", describa dichas exposiciones: _____

4. Enumere cualquier otro segundo empleo o negocio adicional que usted tenga: _____

5. Enumere sus ocupaciones anteriores: _____

6. Enumere sus hobbies o pasatiempos actuales o anteriores: _____

7. ¿Ha sido miembro del ejercito militar? Sí/No

Si "sí", ¿fue usted expuesto/a a sustancias biológicas o químicas (sea durante la formación o el combate)? Sí/No

8. ¿Alguna vez trabajó usted en un equipo de sustancias peligrosas (HAZardous MATerials, o HAZMAT por sus siglas en inglés)? Sí/No

9. A diferencia de los medicamentos para los problemas de respiración y de pulmones, de corazón, de presión alta y de convulsiones que se mencionaron anteriormente en el presente cuestionario, ¿toma usted otros medicamentos por cualquier razón (inclusive medicamentos sin receta)? Sí/No

Si "sí", enumere los medicamentos si los conoce: _____

10. ¿Utilizará usted cualquiera de los siguientes artículos con el o los respiradores?

- a. Filtros HEPA (ultra-filtrados): Sí/No
- b. Recipientes (por ejemplo, máscaras antigas): Sí/No
- c. Cartuchos: Sí/No

11. ¿Cuán a menudo se prevé que usted utilizará el o los respiradores (marque con un círculo "sí" o "no" para todas las respuestas que aplican en su caso)?:

- a. Evacuación únicamente (sin rescate): Sí/No
- b. Rescate de emergencia únicamente: Sí/No
- c. Menos de 5 horas **por semana**: Sí/No
- d. Menos de 2 horas **al día**: Sí/No
- e. 2 a 4 horas al día: Sí/No
- f. Más de 4 horas al día: Sí/No

12. Durante el periodo en que utilizará el o los respiradores, su esfuerzo laboral será:

- a. **Leve** (menos de 200 kcal por hora): Sí/No

Si "sí", ¿Cuánto tiempo dura este periodo de tiempo por turno corriente: _____ horas
_____ minutos.

Ejemplos de un esfuerzo laboral leve son **sentarse** mientras se escribe a mano, a máquina, se dibuja, o se realiza trabajo de ensamblaje liviano; o **estar de pie** mientras se opera una perforadora (1-3 libras) o equipo de control.

- b. **Moderado** (200 a 350 kcal por hora): Sí/No

Si "sí", ¿cuánto tiempo dura este periodo durante un turno corriente?: _____ horas
_____ minutos.

Ejemplos de esfuerzo laboral moderado son **sentarse** mientras se clava o lima; **manejar** un camión o autocar en tráfico urbano; **estar de pie** mientras se perfora, clava, realiza trabajo de ensamblaje o se transfiere una carga moderada (unas 35 libras) a nivel del tronco; **caminar** sobre un nivel plano a unas 2 millas por hora, o bajando una pendiente de 5 grados a unas 3 millas por hora; o **empujar** una carreta con una carga pesada (unas 100 libras) sobre un nivel plano.

- 3. **Pesado** (más de 350 kcal por hora): Sí/No

Si "sí", ¿cuánto tiempo dura este periodo durante un turno corriente: _____ horas
_____ minutos

Ejemplos de labor pesada son **levantar** una carga pesada (unas 50 libras) desde el suelo a nivel de la cintura o del hombro; trabajar en un muelle de carga; **utilizar una pala**; **estar de pie** mientras se realizan tareas de albañilería o se cincela/pica moldes; **caminar** subiendo una pendiente de 8 grados unas 2 millas por hora; subir escaleras con una carga pesada (unas 50 libras).

13. ¿Se pondrá usted ropa y/o equipo de protección (además del respirador) cuando utilice su respirador?:
Sí/No

Si "sí", describa esta ropa y/o este equipo de protección: _____

14. ¿Trabjará usted bajo condiciones calurosas (temperaturas en exceso de 77 grados F): Sí/No

15. ¿Trabjará usted bajo condiciones húmedas: Sí/No

16. Describa el trabajo que usted hará mientras utiliza su respirador(s):

17. Describa cualquier condición especial o peligrosa que pueda encontrar mientras utilice su o sus respiradores (por ejemplo, espacios limitados, gases mortales):

18. Provea la siguiente información, si la sabe, sobre cada sustancia tóxica a la que usted quedará expuesto/a mientras utilice su o sus respiradores:

Nombre de la primera sustancia tóxica: _____

Nivel de exposición máximo estimado por turno: _____

Duración de la exposición por turno: _____

Nombre de la segunda sustancia tóxica: _____

Nivel de exposición máximo estimado por turno: _____

Duración de la exposición por turno: _____

Nombre de la tercera sustancia tóxica: _____

Nivel de exposición máximo estimado por turno: _____

Duración de la exposición por turno: _____

El nombre de cualquier otra sustancia tóxica a la que usted quedará expuesto/a mientras utilice su respiradores:

19. Describa cualquier responsabilidad especial que usted mantendrá mientras utilice su o sus respiradores que pueda afectar la seguridad y el bienestar de los demás (por ejemplo, rescate, seguridad):

[63 FR 1152, 8 de enero de 1998; 63 FR 20098, 23 de abril de 1998]