

Anexo 5: Cuestionario De Espirometría

Datos del Trabajador

Apellidos y nombre(s) MERCHAN COSME ALBERTO
D.N.I.: 42708421

Edad: 34 años
Sexo M

EMPRESA

Preguntas para todos los candidatos a espirometría (relacionadas a criterios de exclusión)

1. ¿Tuvo desprendimiento de la retina o una operación (cirugía) de los ojos, tórax o abdomen, en los últimos 3 meses

SI ☐ NO ☒

2. ¿Ha estado hospitalizado (a) por cualquier otro problema del corazón en los últimos 3 meses?

SI ☐ NO ☒

3. ¿Ha tenido algún ataque cardíaco o infarto al corazón en los últimos 3 meses?

SI ☐ NO ☒

4. ¿Está usando medicamentos para la tuberculosis, en este momento?

SI ☐ NO ☒

5. En caso de ser mujer: ¿Está usted embarazada actualmente?

SI ☐ NO ☐

Para ser llenado por el profesional que realizará la prueba

6. Hemoptisis	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	12. Infarto reciente	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
7. Neumotórax	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	13. Inestabilidad CV	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. Traqueostomía	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	14. Fiebre, náusea vómito	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
9. Sonda pleural	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	15. Embarazo avanzado <u>No Aplica</u>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10. Aneurismas cerebral, abdomen, tórax	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	16. Embarazo complicado <u>No Aplica</u>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11. Embolia pulmonar	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		

Preguntas para todos los entrevistados que no tienen los criterios de exclusión y que por lo tanto deben hacer la espirometría.

	SI	NO
1. ¿Tuvo una infección respiratoria (resfriado), en las últimas 3 semanas?		X
2. ¿Tuvo infección en el oído en las últimas 3 semanas?		X
3. ¿Usó aerosoles (sprays inhalados) o nebulizaciones con broncodilatadores, en las últimas 3 horas?		X
4. ¿Ha usado algún medicamento broncodilatador durante las últimas 8 hrs?		X
5. ¿Fumó (cualquier tipo de cigarro), en las últimas dos horas?		X
6. ¿Realizó algún ejercicio físico fuerte (como gimnasia, caminata o trotar), en la última hora?		X
7. ¿Comió en la última hora?		X

FIRMA DEL TRABAJADOR

HUELLA DACTILAR

FIRMA MEDICO