

# FORMULARIO DE HISTORIAL DE EXPOSICIÓN A PESTICIDAS DEL PACIENTE

Nombre (Nombre, Apellido):

Edad:

Fecha

## SECCIÓN 1. PESTICIDAS EN EL TRABAJO

1. ¿En qué trabaja?

2. ¿Cuánto tiempo ha estado haciendo este(s) trabajo(s)?

3. Describa sus tareas diarias:

4. ¿Trabaja donde se aplican pesticidas?

No  Sí

5. ¿Ha aplicado pesticidas como parte de su(s) trabajo(s)?

No  Sí

6. ¿Usa equipo de protección? Por ejemplo, lentes de seguridad, guantes, botas, respirador.

Siempre  La mayoría del tiempo  A veces  Nunca

7. ¿Guarda sus zapatos de trabajo fuera de la casa y lava su ropa de trabajo por separado?

Siempre  La mayoría del tiempo  A veces  Nunca

8. ¿Trabajó cerca o con pesticidas en su(s) trabajo(s) anterior(es)?

No  Sí

9. ¿Ha estado expuesto a pesticidas por accidente? Por ejemplo, durante un derrame de pesticidas o al respirar pesticidas acarreados por el aire.

No  Sí

- Describa lo que pasó.

## SECCIÓN 2. PESTICIDAS EN LA CASA

1. ¿Usa pesticidas en la casa? Por ejemplo, herbicidas, cebo, aerosol o polvo para pulgas y garrapatas, collar para mascotas, etc.  No  Sí
- ¿Dónde aplican los pesticidas? Marque todo lo que corresponda.
- Casa  Patio y jardín  Mascotas
- ¿Quién aplica los pesticidas? Marque todo lo que corresponda.
- Usted  Un profesional  Otra persona
- ¿Dónde guardan los pesticidas en su casa? Marque todo lo que corresponda.
- Cocina  Lavandería  Garaje  Baño
- Otro lugar: \_\_\_\_\_
2. ¿Vive con alguien que aplica o trabaja con pesticidas?  No  Sí
3. ¿Guardan sus zapatos de trabajo fuera de la casa y lavan su ropa de trabajo por separado?  Siempre  La mayoría del tiempo  A veces  Nunca
4. ¿Vive cerca de una zona agrícola?  No  Sí
- ¿Qué tan lejos?
- Menos de 1 milla  1-5 millas  Más de 5 millas
- ¿Por cuánto tiempo?
- Menos de 1 año  1-5 años  Más de 5 años

## SECCIÓN 3. ENFERMEDADES CAUSADAS POR PESTICIDAS

1. ¿Alguna vez se ha sentido enfermo al usar pesticidas o poco después?  No  Sí
- Describa sus síntomas:
- 
- ¿Fue al doctor para que lo ayudara a tratar esos síntomas?
- Sí  No  No recuerdo
2. ¿Alguien más a su alrededor se enfermó?  No  Sí