

5275514537

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
SERVICIO DE SALUD PÚBLICA

OMB No.: 0920-0020

DATOS DE LA RADIOGRAFÍA

Mes Día Año

Grid for date: Mes, Día, Año

CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional
Ley Federal de Seguridad y Salubridad Minera de 1977
Programa de exploración médica

1, 2 6+
Coal Workers' Health Surveillance Program
1095 Willowdale Rd, - M/S LB208
Morgantown, West Virginia 26505

Número de seguro social del TRABAJADOR

Grid for worker's social security number

INTERPRETACIÓN ROENTGENOGRÁFICA

TIPO DE LECTURA

Grid for reading type: A, B, P

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO MÉDICO

Grid for medical center identification

Nota: Por favor coloque una "x" en las casillas correspondientes de este formulario para indicar su interpretación de una sola radiografía.

1. CALIDAD DE LA RADIOGRAFÍA
Grid with options: Sobreexpuesta (oscura), Posición incorrecta, Subinsuflación, Subexpuesta (clara), Contraste deficiente, Moteada, Artefactos, Procesamiento deficiente, Otro (especifique)

2A. ¿EXISTE ALGUNA ANOMALÍA PARENQUIMATOSA QUE INDIQUE PRESENCIA DE NEUMOCONIOSIS?
Sí [ ] Llene las secciones 2B y 2C No [ ] Pase a la sección 3A

2B. OPACIDADES PEQUEÑAS
a. Forma/Tamaño (p, s, q, t, r, u)
b. Zonas (Derecha, Izquierda)
c. Abundancia (0/-, 0/0, 0/1, 1/0, 1/1, 1/2, 2/1, 2/2, 2/3, 3/2, 3/3, 3/+)

2C. OPACIDADES GRANDES
Tamaño [O] [A] [B] [C] Pase a la sección 3A

3A. ¿EXISTE ALGUNA ANOMALÍA PLEURAL QUE INDIQUE PRESENCIA DE NEUMOCONIOSIS?
Sí [ ] Llene las secciones 3B, 3C No [ ] Pase a la sección 4A

3B. PLACAS PLEURALES
(marque localización, calcificación, extensión, y anchura)
Grid for location, calcification, extension, and width

3C. OBLITERACIÓN DEL ÁNGULO COSTOFRÉNICO
[D] [I] Pase a la sección 3D No [ ] Pase a la sección 4A

3D. ENGROSAMIENTO PLEURAL DIFUSO
Grid for location, calcification, extension, and width

4A. ¿EXISTEN OTRAS ANOMALÍAS?
Sí [ ] Llene las secciones 4B, 4C, 4D, 4E No [ ] Pase a la sección 5

4B. OTROS SÍMBOLOS (OBLIGATORIOS)
Grid of symbols: aa, at, ax, bu, ca, cg, cn, co, cp, cv, di, ef, em, es, fr, hi, ho, id, ih, kl, me, pa, pb, pi, px, ra, rp, tb
OD Si hay otras enfermedades o anomalías significativas, se deben indicar los hallazgos al reverso de este formulario. (sección 4C/4D)
¿Fecha en que se notificó al médico o al trabajador? Mes, Día, Año

4E. ¿Debe el trabajador consultar a su médico personal debido a los hallazgos indicados en la Sección 4? Sí [ ] No [ ] Pase a la sección 5

5. Número de seguro social del MÉDICO\*
\* Proporcionar el número de seguro social es voluntario. El hecho de que no indique este número no afectará su derecho a participar en este programa.
INICIALES DEL LECTOR DE LA RADIOGRAFÍA
FECHA DE LA LECTURA (Mes, Día, Año)

APELLIDO: - <DIRECCIÓN POSTAL>

CIUDAD: CDC/NIOSH (M) 2.8 ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

**4C. MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN:** (Esta lista tiene como objetivo reducir los comentarios escritos a mano y es opcional)

**Anomalías del diafragma**

- Eventración
- Hernia hiatal

**Trastornos de las vías respiratorias**

- Aumento o reforzamiento de la trama broncovascular
- Hiperinsuflación

**Anomalías óseas**

- Anomalía de la caja torácica ósea
- Fractura, sanada (no relacionada con las costillas)
- Fractura, sin sanar (no relacionada con las costillas)
- Escoliosis
- Anomalía de la columna vertebral

**Anomalías parenquimatosas de los pulmones**

- Lóbulo ácigos
- Densidad pulmonar
- Infiltrado
- Nódulo, lesión nodular

**Anomalías varias**

- Cuerpo extraño
- Cambios postquirúrgicos /alambre en esternón
- Quiste

**Trastornos vasculares**

- Aorta, anomalía de
- Anomalía vascular

**4D. OTROS COMENTARIOS**

---

---

---

---

---

---

---

---

Se calcula que el tiempo de respuesta promedio que el público emplea para reportar esta información es de 3 minutos por respuesta, e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios y llenar y revisar la información recopilada. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar la recopilación de información y no se requiere que ninguna persona responda las preguntas en los formularios de solicitud de información a menos que éstos tengan un número de control OMB válido vigente. Envíe sus comentarios respecto a estos cálculos sobre el tiempo invertido en la recopilación de esta información o cualquier otro aspecto de la misma, incluso sugerencias para reducir el tiempo invertido, a CDC, Project Clearance Officer, 1600 Clifton Road, MS E-11, Atlanta, GA 30333, ATENCIÓN: PRA (09020-0022). No envíe el formulario lleno a esta dirección.