

<p align="center"><b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE MINERO</b>                  Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.                  Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades Instituto Nacional                  para la Seguridad y Salud Ocupacional                  PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS MINEROS DE CARBÓN (CWHSP)</p>	Fecha de recepción de NIOSH:
--	------------------------------

<p align="center"><b>INSTRUCCIONES PARA EL CENTRO DE SALUD</b>                  Asegúrese de completar todos los campos. Luego envíe el formulario y los resultados a:</p>	NIOSH Coal Workers' Health Surveillance Program 1000 Frederick Lane, M/S LB208 Morgantown, WV 26508
--	--

Nombre del centro <input style="width:95%;" type="text"/>		N.º de centro (radiografía) <input style="width:100%;" type="text"/>	N.º de unidad <input style="width:100%;" type="text"/>
Tipo de examen <input type="checkbox"/> Radiografía analógica	Programa de salud <input type="checkbox"/> NIOSH CWHSP	N.º de centro (espirometría) <input style="width:100%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input style="width:150%;" type="text"/>		N.º de unidad <input style="width:100%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Radiografía digital	Fecha del examen (mm/dd/aaaa) <input style="width:100%;" type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Espirometría			

<p align="center"><b>INSTRUCCIONES PARA LOS MINEROS</b>                  Completar y corregir la información a continuación (<b>IMPRIMIR</b>).</p>	Número de Seguro Social del minero <input style="width:100%;" type="text"/>	El número completo es opcional Se necesitan los últimos 4 dígitos
--	--	---

Nombre del minero (apellido) <input style="width:95%;" type="text"/>	(Nombre) <input style="width:95%;" type="text"/>	(Inicial del segundo nombre) <input style="width:95%;" type="text"/>	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input style="width:95%;" type="text"/>
Dirección postal del minero <input style="width:95%;" type="text"/>	Ciudad <input style="width:95%;" type="text"/>	Estado <input style="width:100%;" type="text"/>	Código postal <input style="width:100%;" type="text"/>
Número de teléfono del minero <input style="width:95%;" type="text"/>	Dirección de correo electrónico del minero <input style="width:95%;" type="text"/>		

¿Cuál es su raza o grupo étnico? (Marque todo lo que corresponda)			¿Qué sexo se le asignó al nacer en su certificado de nacimiento original?
<input type="checkbox"/> Indígena de los Estados Unidos o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Raza Blanca	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Del Oriente Medio o norte de África	Otro:	
<input type="checkbox"/> Raza negra o afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico		

¿Es su empleador...? <input type="checkbox"/> Operador de minas <input type="checkbox"/> Contratista	Nombre de la mina <input style="width:95%;" type="text"/>
N.º de id. de la mina de la MSHA <input style="width:100%;" type="text"/>	Si es un contratista, escriba el número de contratista de la MSHA <input style="width:100%;" type="text"/>
Nombre del empleador <input style="width:95%;" type="text"/>	Ciudad <input style="width:95%;" type="text"/>
Estado <input style="width:100%;" type="text"/>	

¿Cuándo comenzó a trabajar en la industria de las minas de carbón?	Mes/año: <input style="width:100%;" type="text"/>
--	---

¿Ha trabajado <b>ALGUNA VEZ</b> en el área <b>SUBTERRÁNEA</b> de una mina de carbón?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos años <b>EN TOTAL</b> ha trabajado en el área <b>SUBTERRÁNEA</b> de una mina de carbón?	Cantidad total de años: <input style="width:100%;" type="text"/>
Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos años <b>EN TOTAL</b> ha trabajado en el <b>FRENTE</b> en el área <b>SUBTERRÁNEA</b> de una mina de carbón?	Cantidad total de años: <input style="width:100%;" type="text"/>

¿Ha trabajado <b>ALGUNA VEZ</b> en la <b>SUPERFICIE</b> de una mina de carbón?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos años <b>EN TOTAL</b> trabajó en la <b>SUPERFICIE</b> ?	Cantidad total de años: <input style="width:100%;" type="text"/>

¿Usa un respirador (incluidas mascarillas para el polvo) en el trabajo (excluidos los dispositivos de autoescape)?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo? (Marque todo lo que corresponda).	
<input type="checkbox"/> Mascarilla para el polvo (desechable)	<input type="checkbox"/> Mascarilla de media cara (no desechable)
<input type="checkbox"/> Mascarilla de completa	<input type="checkbox"/> Capucha/casco

