

Certification date:

Certification expires:

Test subject

Name: Age: ☐ Male ☐ Female

Affiliation:

Limitations: ☐ Eyeglasses ☐ Facial hair ☐ Denture ☐ Prosthesis ☐ Piercings ☐ None

Workplace: ☐ Healthcare ☐ BSL-2 lab ☐ BSL-3 lab ☐ Pharmaceutical ☐ Agro/Veterinary ☐ Industry

Test information

Respirator Brand: Model: Type: Lot #:

Test substance used: ☐ Bitrex™ (Denatonium) ☐ Saccharin ☐ Isoamyl acetate ☐ Stannic chloride ☐ Other

Number of nebulizations required for sensitivity threshold test: ☐ Subject bitter insensitive (>30 nebulizations)

Respirator training

Mark ☒ Yes or ☐ No

- 1
- Does the subject have prior experience using respirators?
- ☐
- 2
- Has the subject received prior training on respirator selection, proper use, donning, and doffing?
- ☐
- 3
- Has the subject been subjected to fit testing of respirators before?
- ☐
- 4
- Has the subject passed fit testing before?
- ☐
- 5
- Did the subject receive training on respirator selection, use, donning, and doffing as part of this test?
- ☐

Respirator fit test results

Mark ☒ Yes or ☐ No

- 1
- Did test subject don the respirator incorrectly?
- ☐
- 2
- Was the test substance detected during NORMAL breathing?
- ☐
- 3
- Was the test substance detected during DEEP breathing?
- ☐
- 4
- Was the test substance detected while TURNING head to one side?
- ☐
- 5
- Was the test substance detected while NODDING head up and down?
- ☐
- 6
- Was the test substance detected while SPEAKING?
- ☐
- 7
- Was the test substance detected while BENT-OVER?
- ☐
- 8
- Did the subject require re-testing at any point of this test?
- ☐
- 9
- More than once?
- ☐
- 10
- Did test subject remove the respirator incorrectly?
- ☐



RESULT

- ☐ Passed on 1st attempt
- ☐ Passed on 2nd attempt
- ☐ Failed

Seal of certifying agency

Certifying entity:

Test supervisor:

Test administrator:

This record certifies that the individual named above has undergone and passed a fit test for the specified respirator model, in compliance with the regulatory requirements outlined in Occupational Safety and Health Administration (OSHA) Standard 29 CFR 1910.134 and key principles recommended by the National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) and Mexico's NOM-017-STPS-2024, NOM-116-STPS-2009 and NOM-010-STPS-2014. The successful completion of this fit test certifies correct respirator use for the identified test subject for a period of one year, provided there are no changes in facial structure, respirator type or brand, or other factors that may affect the integrity of the facial seal.

Sujeto evaluado

Nombre:Edad:

☐ Masc☐ Fem

Adscripción:

Limitaciones:

☐ Lentes☐ Vello facial☐ Dentadura☐ Prótesis☐ Perforaciones☐ Ninguna

Ocupación:

☐ Salud☐ Lab BSL-2☐ Lab BSL-3☐ Farmacéutica☐ Agro/Veterinaria☐ Industria

Información de la evaluación

Marca de respirador:Modelo:Tipo:# lote:

Substancia de prueba:

☐ Bitrex™ (Denatonio)☐ Sacarina☐ Acetato de isoamilo☐ Cloruro estánnico☐ Otra

Número de nebulizaciones requeridas para prueba de sensibilidad:

☐ Sujeto insensible al sabor (>30 nebulizaciones)

Capacitación en uso de respiradores

Marque ☒ Si o ☐ No

1

¿El sujeto tiene experiencia previa en el uso de respiradores?

☐

2

¿El sujeto ha sido capacitado en la selección, uso, colocación y remoción de respiradores?

☐

3

¿El sujeto ha sido sometido anteriormente a pruebas de ajuste de respiradores?

☐

4

¿El sujeto ha aprobado pruebas de ajuste anteriormente?

☐

5

¿El sujeto fue capacitado en esta ocasión respecto a la selección, uso, colocación y remoción de respirador?

☐

Evaluación de competencias

Marque ☒ Si o ☐ No

1

¿El sujeto de prueba se colocó incorrectamente el respirador?

☐

2

¿Se detectó la sustancia de prueba durante una respiración NORMAL?

☐

3

¿Se detectó la sustancia de prueba durante la respiración PROFUNDA?

☐

4

¿Se detectó la sustancia de prueba al girar la cabeza hacia un lado?

☐

5

¿Se detectó la sustancia de prueba al ASENTIR cabeza de arriba a abajo?

☐

6

¿Se detectó la sustancia de prueba durante el HABLA?

☐

7

¿Se detectó la sustancia de prueba al AGACHARSE?

☐

8

¿Fue necesario repetir la prueba en algún momento durante este día?

☐

9

¿Más de una vez?

☐

10

¿El sujeto de prueba se retiró el respirador incorrectamente?

☐



RESULTADO

☐ Aprobado en 1^{er} intento

☐ Aprobado en 2^{do} intento

☐ No aprobado

Sello de entidad certificante

Entidad certificante:

Supervisor de prueba:

Firma

Aplicador de prueba:

Firma

Este documento certifica que la persona nombrada ha sido sometida a la prueba de ajuste para el modelo de respirador indicado, en cumplimiento con los requisitos normativos establecidos en el Estándar 29 CFR 1910.134 de la Occupational Safety and Health Administration (OSHA) y de los principios clave del National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) de los EUA al igual que de acuerdo a las normas mexicanas NOM-017-STPS-2024, NOM-116-STPS-2009 y NOM-010-STPS-2014. La aprobación de esta prueba de ajuste certifica el uso correcto del respirador por el sujeto evaluado durante un año, siempre y cuando no presente cambios de la estructura facial, tipo o marca del respirador, u otros factores que pudieran comprometer la integridad del sello facial.