

# CUESTIONARIO SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD OSTEOMUSCULAR DEL TRABAJADOR

La siguiente encuesta es personal y se dirige a usted con el fin de conocer su opinión acerca de los aspectos o condiciones de trabajo que puedan representar un riesgo para su seguridad o salud.

El objetivo es mejorar la manera de realizar nuestra tarea y lograr que nuestro puesto de trabajo sea cada vez más seguro.

Fecha:     
dd mm aaaa

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: (años)

Oficio: \_\_\_\_\_

Tareas que realiza:

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_

Sección: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_

Antigüedad en el oficio:  (años)

Antigüedad en la empresa:  (años)

MARQUE CON UNA (X) LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE APROPIADA EN CADA PREGUNTA

1. ¿Antes de vincularse a la empresa laboró en alguna(s) empresa(s) en la que tenía que manipular o transportar cargas?

Si  No

Cuanto tiempo?  (años)

2. ¿En el último año ha sufrido algún problema o dolor en algún(os) de los siguientes segmentos corporales?

Región cabeza-cuello	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Región Dorso-lumbar	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Miembros superiores	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Miembros inferiores	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Si su respuesta es afirmativa, indique para el segmento más comprometido:

3. ¿Cuántas veces ha sufrido ese problema en el último año?

1  2 a 3  Más de 3

4. ¿Tiene este problema o dolor alguna relación con la actividad laboral desempeñada?

Si  No

5. ¿Este problema o molestia se mejora con el reposo?

Si  No

6. ¿Este problema o molestia ha implicado que se le incapacite médicamente?

Si  No

7. Si su respuesta fue afirmativa, indique cuántos días ha sido incapacitado en el último año por ese problema:

1  5 a 15  Más de 15

8. ¿Fuera del trabajo realiza usted alguna actividad deportiva?

Si  No

9. Si su respuesta fue afirmativa, indique cuál deporte practica:

Fútbol:   
Ciclismo:   
Atletismo:   
Otro:

\_\_\_\_\_

10. Señale el número de veces que realiza esta actividad deportiva:

1 vez por semana   
2 a 3 veces por semana   
Más de 3 veces por semana

11. ¿Ha sufrido lesiones o traumas durante la práctica de la actividad deportiva?

Si  No

Cuál: \_\_\_\_\_

12. ¿Realiza alguna actividad física (esfuerzo físico) diferente a la actividad deportiva y laboral (empresa)?

Si  No

13. Si su respuesta fue afirmativa, indique cuál o cuáles actividades:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. ¿Desde hace cuánto tiempo?

(Días)  
 (Meses)  
 (Años)

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!**