

CUESTIONARIO PROGRAMA ERGONOMICO (DIAGNOSTICO INICIAL)

Empresa: _____

Nombre: _____ No.Trab.: _____

Edad: _____ Antigüedad en la empresa: _____ Fecha: _____

Turno: Fijo () Rotatorio () Horario de trabajo: _____

Departamento: _____ Puesto: _____

*** Favor de responder colocando un X cuando la pregunta indique SI ó NO como respuesta.**

Las preguntas abiertas respóndelas lo mejor posible.

1. Durante los últimos 3 días ha realizado algún esfuerzo físico importante fuera de su trabajo? SI () NO ()

2. Ha padecido alguna enfermedad durante los últimos 7 días? SI () NO ()

En caso de ser afirmativo describala _____

3. Cuántos años y meses tiene realizando el trabajo actual? Años _____ Meses _____

4. Te quedas a trabajar tiempos extras? SI () NO () No. de Horas promedio por semana _____

5. Has tenido alguna molestia muscular durante el último año? SI () NO () Si la respuesta es **NO** pase a la pregunta # 13

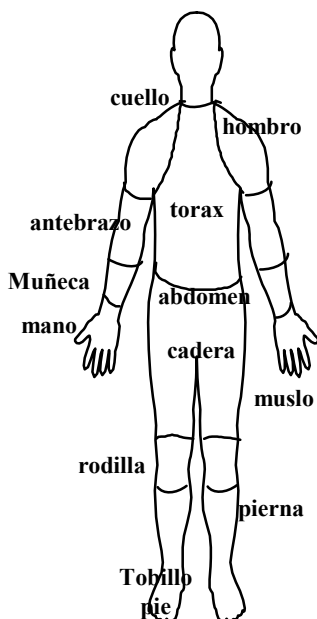
6. Favor de poner un X a la palabra que mejor describa tu problema.

- | | | | |
|----------------------|--------------------|--------------|---------------|
| () Pérdida de calor | () Adormecimiento | () Comezón | () Ardor |
| () Dolor | () Debilidad | () Calambre | () Hinchazón |
| () Rigidez | () Otros | | |

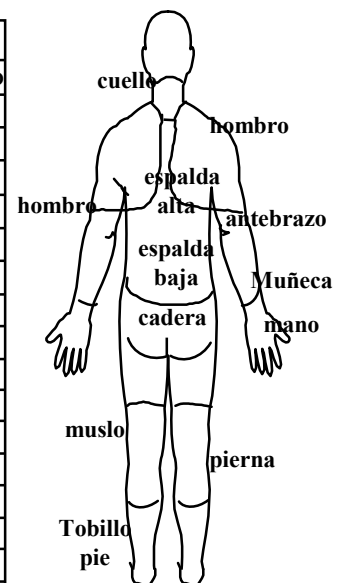
1. MARCA las partes en la figura, donde sientas alguna molestia.

2. Usa la escala de numeración que se muestra abajo y añade un número en la tabla correspondiente a la(s) parte(s) donde sientas alguna molestia, ya sea anterior o posterior.

Sin molestia Demasiado molestia
 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10



PARTE AFECTADA	ANTERIOR		POSTERIOR	
	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO
cuello				
hombro				
torax				
abdomen				
codo				
antebrazo				
mano				
muñeca				
cadera				
muslo				
rodilla				
pierna				
tobillo				
pie				
espalda alta				
espalda baja				
otro				



7. Cuando notaste por la vez el problema? Años _____ Meses _____

8. Cuanto dura cada episodio? (Marque con una X sobre la linea)

horas _____ 1 día _____ 1 semana _____ 1 mes _____ 6 meses _____ Más de 6 meses _____

9. Cuantos episodios separados has tenido en el último año? _____

10. Qué piensas que causó el problema? _____

11. Como calificarias este problema? (Marque con una X en la linea)

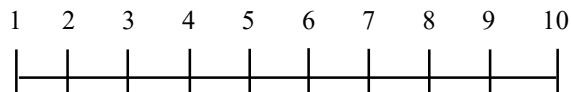
ACTUALMENTE:

Ningún problema |-----|-----| Insoportable

12. Ha tenido que faltar a su trabajo a causa de este problema? SI _____ NO _____

En caso de ser afirmativo especifique el No. de días de incapacidad _____

13. Como consideras tu puesto de trabajo? Tomando en cuenta que el 1 es demasiado ligero y el 10 es demasiado pesado. (Marca con una X)



En caso de que la respuesta haya sido demasiado pesado describa el porque considera así su puesto de trabajo _____

Nombre y firma del
Entrevistador