

(ANEXO UNO)

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK DEL ECUADOR
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES Y POSTGRADOS

FORMULARIO DE ENCUESTA

1. TEMA:

1.1. Estudio y análisis ergonómico de los puestos de trabajo en ROCHE –ECUADOR.
Diseño de un Manual de Ergonomía.

SEÑOR ENCUESTADO, COLABORE CON ESTA INVESTIGACIÓN RECUERDE
QUE LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

SEÑALE CON UNA X EN LOS PARENTESIS LA RESPUESTA QUE USTED CREA
CONVENIENTE EN CADA UNA DE LAS PREGUNTAS FORMULADAS

1. ¿Conoce el significado de Ergonomía o de algún método ergonómico?
Muchísimo () Mucho () Poco () Muy poco () Nada ()

2. ¿Se ha realizado alguna vez en su sitio de trabajo un estudio ergonómico?
Si () No () No sé () Desconozco () No sé de qué se trata ()

3. ¿Se siente cómodo (a) en su trabajo?
Muy a gusto () A gusto () Regular () Indiferente () A disgusto ()

4. ¿La actividad física en su trabajo esta regulada por usted?:
Muchisimo () Mucho () Poco () Muy poco () Nada () No responde ()

5. Los equipos, muebles, escritorios, sillas, archivadores, etc., muchas veces constituyen un
obstáculo para usted?

Siempre () muchas veces () a veces () muy pocas veces() nunca ()

No responde ()

6. ¿Las condiciones del trabajo se adaptan a las dimensiones de cuerpo?
Siempre () Muchas veces () a veces () Muy pocas veces () Nunca () No responde ()
7. ¿Con que frecuencia el mobiliario entregado por la empresa a usted influyen en su rendimiento?:
Siempre () Muchas veces () a veces () muy pocas veces () nunca () no responde ()
8. ¿Considera usted que la labor que usted hace en su lugar de trabajo le ha causado algún tipo de enfermedad ocupacional?
Siempre () muchas veces () a veces () muy pocas veces () Nunca () No responde ()
9. ¿ Con que frecuencia conoce usted de alguna persona o compañero que haya sufrido alguna lesión, accidente o enfermedad, debido al desempeño de su tarea?
Siempre () Muchas veces () A veces () Muy pocas veces () Nunca ()
10. ¿Ha presentado dolor de cuello (cervicalgia o tortícolis) en los tres últimos meses?
Siempre () muchas veces () a veces () my pocas veces () nunca ()
No responde ()
11. ¿Ha sufrido alguna lesión a manera de entumecimiento en las manos o quemazón de antebrazos, perdida de la fuerza en manos (Sd de túnel carpiano)?
Siempre () Muchas veces () A veces () Muy pocas veces () Nunca ()
12. ¿Ha sentido en alguna ocasión dolor, rubor, ardor en manos, muñeca o antebrazos (tendinitis) ?
Siempre () Muchas veces () A veces () Muy pocas veces () Nunca ()
13. Realiza continuamente movimientos que compromete articulaciones del hombro?
Siempre () Muchas veces () A veces () Muy pocas veces () Nunca ()

