

# ANEXO 5 ENCUESTA SOBRE DOLOR PROVOCADO EN EL TRABAJO

## Encuesta sobre dolor provocado en el trabajo

Masculino

Femenino

Derecho/a

Izquierdo/a (zurdo/a)

Empleador/Dirección: \_\_\_\_\_ Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_

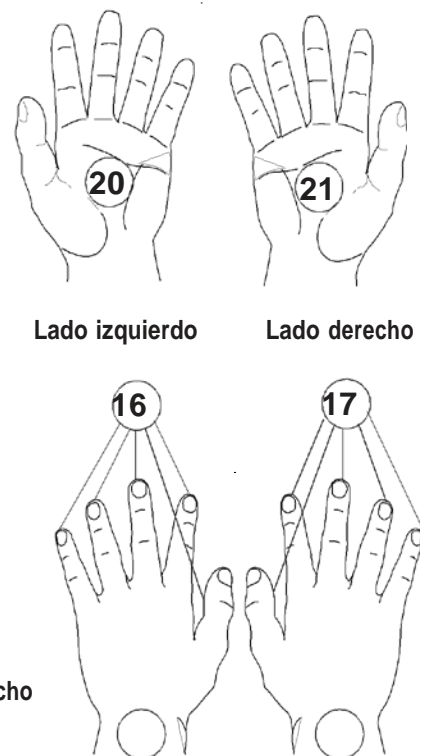
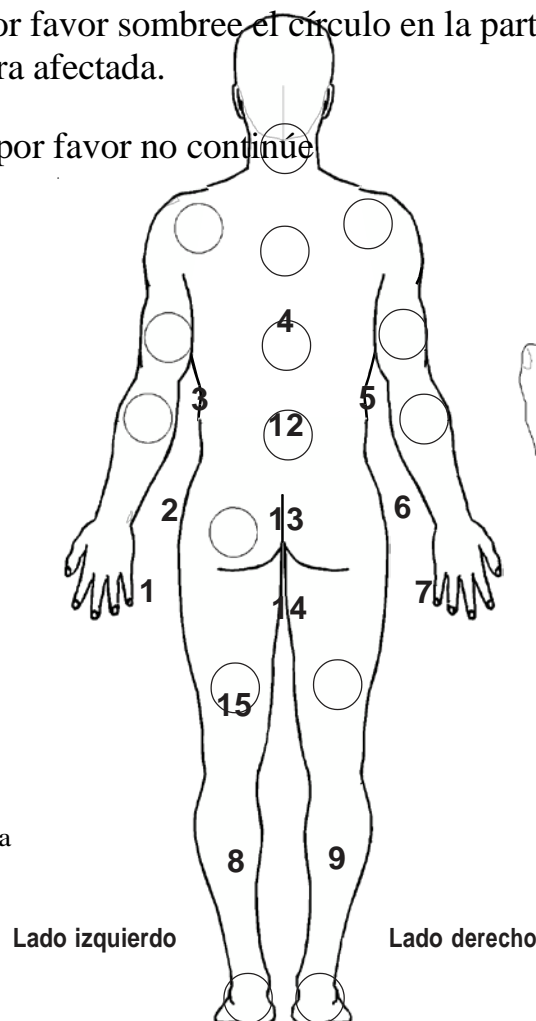
Actividades principales del trabajo: \_\_\_\_\_

1. ¿En el año pasado tuvo algún dolor o molestia que a su criterio pudo haber sido causada o empeorada por su trabajo?

**SÍ** Si es SÍ, por favor sombree el círculo en la parte del cuerpo afectada que se encuentra afectada.

**NO** Si es NO, por favor no continúe

1. Codo izquierdo
2. Brazo izquierdo
3. Hombro izquierdo
4. Cuello
5. Hombro derecho
6. Brazo derecho
7. Codo derecho
8. Muslo trasero izquierdo
9. Muslo trasero derecho
10. Pie izquierdo
11. Pie derecho
12. Arriba de la espalda
13. En medio de la espalda
14. Abajo de la espalda
15. Glúteos o nalgas
16. Dedos de la mano izquierda
17. Dedos de la mano derecha
18. Muñeca izquierda
19. Muñeca derecha



20. Palma de la mano izquierda

21. Palma de la mano derecha

22. Otros (por favor sombree el área y descríbalos)

---

**2. ¿Qué parte de su trabajo piensa que le causa dolor o molestia?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia?**

Mañana  
Tarde

**4. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche?**

SÍ

NO

Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas? \_\_\_\_\_

**5. ¿El dolor o molestia interfiere con sus actividades cotidianas**

SÍ

NO (tales como comer, manejar, caminar, cocinar, etc..)?

**6. ¿El problema empezó antes o después de que usted inició su trabajo actual?**

Antes

Después

**7. ¿Ha visitado al doctor para consultar sobre sus molestias o dolores?**

SÍ

NO

Si es SÍ, por favor detalle el diagnóstico o tratamiento \_\_\_\_\_

**8. ¿Ha tenido que tomar tiempo libre (retirarse momentáneamente) en el trabajo en el último año a causa del dolor o molestia?**

SÍ

NO

¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**9.** ¿Sus compañeros de trabajo experimentan los mismos dolores o molestias?

SÍ

NO

¿Cuántos? \_\_\_\_\_

**10.** ¿Reportó esta lesión a su supervisor o a alguien más de la administración?

SÍ

NO

Si es SÍ, ¿qué sucedió? \_\_\_\_\_

Si es NO ¿por qué no? \_\_\_\_\_