

ENCUESTA A COLABORADORES DE ALMACENES SÚPER PA-CO QUITO

Esta encuesta se realiza con el fin de identificar riesgos ergonómicos en su lugar de trabajo, lea detenidamente las preguntas y responda con la verdad y letra clara

1.- ¿ANTES DE TRABAJAR EN PACO EN QUÉ LUGAR TRABAJABA?

2.- ¿QUÉ CARGO TENÍA? (Describa brevemente que funciones realizaba)

3.- ¿CUÁNTO TIEMPO TRABAJO EN SU ANTERIOR TRABAJO?

	AÑOS
--	------

4.- TIEMPO DE TRABAJO EN PA-CO

AÑOS				
Menos de 1	1 - 3	4 - 6	7 - 9	10 Ó Más

5.- CARGO QUE DESEMPEÑA

6.- GÉNERO

FEMENINO	MASCULINO
----------	-----------

7.- EDAD

	AÑOS
--	------

8.- PESO

	LIBRAS
--	--------

9.- TALLA

	METROS
--	--------

10.- ¿QUÉ ACTIVIDAD REALIZA DESPUÉS DEL TRABAJO? (Describalas detenidamente)

11.- ¿REALIZA ALGÚN DEPORTE?

SI	NO
----	----

12.- ¿QUÉ DEPORTE PRACTICA? (Describa brevemente)

13.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA REALIZA ESTE DEPORTE?

14.- ¿SU TRABAJO REQUIERE ESFUERZO FÍSICO?

NADA	MEDIO	ALTO

Realizar en el trabajo movimientos frecuentes y/o rápidos, repetitivos, levantar y/o soportar cargas pesadas, o llevarlas durante un tiempo prolongado, mantener posturas estáticas y/o forzadas, etc.

15.- ¿QUÉ ACTIVIDAD CREE USTED QUE REQUIERE MÁS ESFUERZO FÍSICO EN SU TRABAJO?

16.- ¿CONSIDERA QUE SU TRABAJO ES MONÓTONO?

SI		NO
----	--	----

17.- ¿QUÉ ACTIVIDAD REALIZA LA MAYOR PARTE DE SU TIEMPO?

ESPECIFIQUE EL TIEMPO AL DÍA

HORAS:	
--------	--

18.- ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CONGÉNITA (DE NACIMIENTO)?

19.- ¿ÉSTA ENFERMEDAD SE RELACIONA CON?

SISTEMA ÓSEO	MÚSCULOS	
OTRO		

20.- ¿HA TENIDO MOLESTIAS EN

	ÚLTIMOS 3 MESES		ÚLTIMOS 7 DÍAS	
	SI	NO	SI	NO
CUELLO				
HOMBRO DERECHO				
HOMBRO IZQUIERDO				
ESPALDA				
CODO - ANTEBRAZO DERECHO				
CODO - ANTEBRAZO IZQUIERDO				
MANO - MUÑECA DERECHA				
MANO - MUÑECA IZQUIERDA				
ABDOMEN				
CINTURA				
CADERA				
COLUMNA - ESPALDA				
PIERNA DERECHA				
PIERNA IZQUIERDA				
RODILLA DERECHA				
RODILLA IZQUIERDA				
PIE - TOBILLO DERECHO				
PIE - TOBILLO IZQUIERDO				

**SI TODAS SUS RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR HAN SIDO "NO"
TERMINE LA ENCUESTA**

21.- ¿POR LAS MOLESTIAS SEÑALADAS ANTERIORMENTE
HA NECESITADO CAMBIAR DE PUESTO DE TRABAJO?

SI

NO

22.- ¿CUÁNTO TIEMPO HAN DURADO SUS MOLESTIAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?

	1 a 7 días	8 a 30 días	>30 días, discontinuo	Permanente
CUELLO				
HOMBRO DERECHO				
HOMBRO IZQUIERDO				
ESPALDA				
CODO - ANTEBRAZO DERECHO				
CODO - ANTEBRAZO IZQUIERDO				
MANO - MUÑECA DERECHA				
MANO - MUÑECA IZQUIERDA				
ABDOMEN				
CINTURA				
CADERA				
COLUMNA - ESPALDA				
PIERNA DERECHA				
PIERNA IZQUIERDA				
RODILLA DERECHA				
RODILLA IZQUIERDA				
PIE - TOBILLO DERECHO				
PIE - TOBILLO IZQUIERDO				

23.- ¿CUÁNTO TIEMPO ESTAS MOLESTIAS LE HAN IMPEDIDO HACER SU TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?

	0 día	1 a 7 días	1 a 4 semanas	Más 1 mes
SEÑALE EL TIEMPO DE DURACIÓN				

SI

NO

24.- ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR ESTAS MOLESTIAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?

SI	NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

25.- ¿CUÁNTO TIEMPO DURO EL TRATAMIENTO?

26.- ¿CALIFIQUE LA INTENSIDAD DE SUS MOLESTIAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?

	Leves molestias	Fuertes molestias	Muy fuertes molestias
INTENSIDAD			

27.- DESCRIBA POR QUÉ CREE QUE SE HAN GENERADO ÉSTAS MOLESTIAS

**MUCHAS GRACIAS POR SU APOORTE A ESTA INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**