

MÁSTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

EVALUACIÓN DE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN

DATOS IDENTIFICATIVOS

EMPRESA:
CENTRO DE TRABAJO:
PUESTO DE TRABAJO:FECHA:REF:

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO CON PANTALLAS

.....
.....
.....

Basado en la Guía del INSST sobre Pantallas de Visualización

ASPECTOS VALORADOS (ÍTEMS)	SÍ	NO
EQUIPO DE TRABAJO		
PANTALLA		
1. ¿La imagen es estable? (Es decir, no parpadea, ni se perciben movimientos o vibraciones indeseables.)		
2. ¿Puede regular fácilmente la inclinación (hacia arriba y hacia abajo) y el giro (hacia los laterales) de la pantalla sobre la peana?		
3. ¿Puede regular la altura de la pantalla? (Por medio de dispositivos de regulación de altura como brazos articulados u otro tipo de soportes.)		
4. ¿Puede ajustar la distancia de la pantalla moviéndola en profundidad sobre la superficie de trabajo?		
TECLADO		
5. ¿Puede regular la inclinación de su teclado?		
EQUIPO DE TRABAJO (MOBILIARIO)		
MESA O SUPERFICIE DE TRABAJO		
6. ¿Las dimensiones de la superficie de trabajo o mesa son suficientes para situar todos los elementos?		
7. ¿Dispone de espacio suficiente para apoyar las manos y/o antebrazos cuando utiliza el teclado?		
8. ¿La superficie de trabajo es mate?		
9. ¿El espacio disponible debajo de la mesa es suficiente para permitirle una postura cómoda?		
10. ¿Considera necesario un atril o portadocumentos en su puesto de trabajo? En caso de disponer en su puesto de trabajo de este elemento conteste a los apartados a) y b).		
a) ¿Es regulable y estable?		
b) ¿Se puede situar junto a la pantalla?		
SILLA		
11. ¿Su silla de trabajo le permite una posición estable (exenta de desplazamientos involuntarios, balanceos, riesgo de caídas, etc.)?		
12. ¿La silla dispone de cinco puntos de apoyo?		
13. ¿El diseño de la silla le parece adecuado para permitirle una libertad de movimientos y una postura confortable?		
14. ¿Los bordes de la silla están adecuadamente redondeados?		
15. ¿La silla está recubierta de un material transpirable?		
16. ¿Es regulable la altura del asiento?		
17. ¿Es regulable la inclinación del asiento?		
18. ¿Es regulable la altura del respaldo?		
19. ¿Es regulable la inclinación del respaldo?		
20. ¿La silla se encuentra en buen estado de uso?		
21. ¿Dispone de reposapiés? (Si no precisa de él no conteste.) En caso afirmativo conteste a la siguiente pregunta:		
22. ¿Las dimensiones del reposapiés le parecen suficientes para colocar los pies con comodidad?		
ENTORNO DE TRABAJO		
ESPACIO DE TRABAJO		
23. ¿Dispone de espacio suficiente en torno a su puesto para acceder al mismo y para sentarse y levantarse sin dificultad?		

PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN

ASPECTOS VALORADOS (ÍTEMS)	SÍ	NO
ENTORNO DE TRABAJO		
ILUMINACIÓN		
24. ¿La luz en su puesto de trabajo le resulta suficiente para leer sin dificultad los documentos?		
25. ¿La luminosidad es homogénea en su puesto de trabajo (es decir, no existen contrastes bruscos de iluminación)?		
26. ¿Alguna fuente de luz (ventanas, fluorescentes, lámparas, etc.) le produce reflejos sobre?:		
a) pantalla		
b) otro elemento (identifíquelo en el apartado de Observaciones)		
27. ¿Le molesta en la vista alguna fuente de luz (ventana, luminaria, etc.) situada frente a usted?		
28. ¿Dispone de persianas, cortinas, etc., mediante los que puede atenuar eficazmente la luz del día que llega al puesto?		
29. ¿Está orientado su puesto correctamente respecto a las ventanas? (ni de frente ni de espaldas a ellas).		
RUIDO		
30. ¿El nivel de ruido ambiental existente le dificulta la comunicación o la atención en su puesto de trabajo? Identifique cuál (teléfono, impresoras, conversaciones de otras personas, etc.).		
CONDICIONES TERMOHIGROMÉTRICAS		
31. ¿Le resulta agradable la temperatura existente durante la mayor parte del año en su puesto de trabajo?		
32. ¿Nota usted habitualmente sequedad en el ambiente?		
PROGRAMAS DE ORDENADOR		
33. ¿Considera que cada programa que utiliza se adapta a la tarea que debe realizar?		
34. ¿Considera que los programas que emplea son fáciles de utilizar?		
35. ¿Estos programas se adaptan a sus conocimientos y experiencia?		
36. ¿Los programas empleados le proporcionan ayuda para su utilización?		
37. ¿El programa le facilita la corrección de errores?		
38. ¿Los programas presentan la información a un ritmo adecuado?		
39. ¿La información en pantalla es mostrada en un formato adecuado?		
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN		
40. ¿Se encuentra sometido habitualmente a una presión excesiva de tiempos en la realización de su tarea?		
41. ¿La repetitividad de la tarea le provoca aburrimiento o insatisfacción?		
42. ¿El trabajo que realiza habitualmente le produce situaciones de sobrecarga y fatiga?:		
a) mental.		
b) visual.		
c) postural.		
43. ¿Realiza el trabajo de forma aislada o con pocas posibilidades de contacto con otras personas?		
44. ¿El tipo de actividad que realiza le permite seguir su propio ritmo de trabajo y hacer pequeñas pausas voluntarias?		
45. ¿Le ha facilitado la empresa una formación específica para la tarea que realiza en la actualidad?		
46. La vigilancia de la salud proporcionada por la empresa, ¿incluye reconocimientos médicos periódicos y específicos (por ser trabajador usuario de pantallas de visualización)?		

INDICACIONES

ARCHIVAR COMO PARTE DE LA DOCUMENTACIÓN PREVENTIVA
FDO.:

SE ADJUNTAN MEDIDAS PREVENTIVAS. ☐ SI ☐ NO

TÉCNICO DE PREVENCIÓN

Recibido: _____
EMPRESA