*** ENCUESTA MORBILIDAD SENTIDA***

Núcleo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Finca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sistema de extracción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_ Años

Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hombre: \_\_\_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_\_\_\_

Cuanto pesa?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuanto mide? (estatura): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Cuanto tiempo lleva trabajando en la empresa (en ese cargo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Antes de trabajar en la empresa, había trabajado en otra empresa, haciendo la misma labor?

SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_ Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Ha realizado otras labores forestales?

SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Algún médico le ha dicho que tiene lesión o enfermedad en alguna de las siguientes partes del cuerpo: (puede marcar varias partes del cuerpo o enfermedades)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| En los huesos |  | Diabetes |  |
| En las manos |  | Presión alta |  |
| En los codos |  | Colesterol o triglicéridos altos |  |
| En el hombro |  | Escriba el nombre de la enfermedad, si lo recuerda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| En la espalda, columna o cintura |  |
| En el cuello |  |
| Síndrome del Túnel Carpiano |  |
| Gastritis |  |

5. En su familia (madre, padre, hermanos, abuelos), alguien sufre de:

(Marque con una x, la enfermedad que padece su mamá, papá, hermanos o abuelos)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Enfermedades de los huesos o las articulaciones |  | Presión alta |  |
| Enfermedad del corazón |  | Diabetes |  |
| Síndrome del Túnel Carpiano |  | Otra, Cual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

6. Practica algún deporte? SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Que deporte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diariamente |  | Cada quince días |  |
| Dos o tres veces por semana |  | Cada mes o más |  |
| Una vez por semana |  |  |  |

7. Consume licor? SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Menos de 1 vez |  | 2 veces |  | 4 veces |  |
| 1 vez |  | 3 veces |  | Más de 4 veces |  |

Al mes, consume licor:

8. Además de trabajar en la empresa, tiene otro trabajo o realiza actividades similares a las de su trabajo en la casa?

SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Señale con una X, las partes del cuerpo donde ha sentido dolor o molestia durante el último año

(Puede señalar varias partes)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cuello |  | Codos |  | Caderas |  | Tobillo |  |
| Espalda |  | Brazos |  | Muslos |  | Talones |  |
| Cintura |  | Manos |  | Rodillas |  | pies |  |
| Hombros |  | Muñeca |  | piernas |  |  |  |

Si no siente molestia en las partes del cuerpo que aparecen en el cuadro, no tiene que contestar desde la pregunta número 9 a la 14, nuevamente comience el formulario en la 15. Si siente alguna molestia, debe continuar contestando cada una de las siguientes preguntas hasta el final

10. De las partes del cuerpo que señaló, cual es la que más le molesta y que siente? (Solo señale una)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cuello |  | Codos |  | Caderas |  | Tobillo |  |
| Espalda |  | Brazos |  | Muslos |  | Talones |  |
| Cintura |  | Manos |  | Rodillas |  | pies |  |
| Hombros |  | Muñeca |  | piernas |  |  |  |

Que siente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La molestia la siente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Muy ocasional | Algunas veces al mes | Casi todas las semanas | Casi todos los días |

11. Alguna de las actividades del trabajo, le aumenta el dolor o la molestia?

SI \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Alguna de las actividades en su casa, le aumenta el dolor o la molestia?

SI \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Debido a la molestia que presenta, se dificulta alguna de las actividades laborales?

SI \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Hace cuanto presenta esa molestia o dolor?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Entre 0 a3 meses |  | Entre 4 a 6 meses |  | Más de 7 meses |  |

15. Ha visitado el médico en el último año a causa de dicha molestia o dolor?

Si \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_

16. Ha tenido tratamiento?

SI \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Ha estado incapacitado en el último año?

SI \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_ Cuantos días? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por que motivo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. Ha tenido calambres en los pies o las piernas frecuentemente?

Si \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 vez por semana |  | 1 vez por mes |  |
| 2 o más veces por semana |  | 2 o más veces por mes |  |

19. Ha sentido hormigueo, entumecimiento o dolor en las manos? Si \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Solo en la noche |  | De día y de noche |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Algunas veces al mes |  | Casi todas las semanas |  | Diario |  |

20. Ha tenido dolor en el hombro frecuentemente?

Si \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Solo en la noche |  | De día y de noche |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Algunas veces al mes |  | Casi todas las semanas |  | Diario |  |

21. Ha tenido cintura frecuentemente?

Si \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Solo en la noche |  | De día y de noche |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Algunas veces al mes |  | Casi todas las semanas |  | Diario |  |

GRACIAS