

CUESTIONARIO GENERAL DE LA CONSTRUCCIÓN

CUESTIONARIO MANIPULACION DE CARGAS

NOTA: El contenido de este cuestionario está basado en el del Protocolo de Vigilancia Específica de los trabajadores expuestos a Manipulación de Cargas publicado por el Ministerio de Sanidad. Es estrictamente confidencial. Sólo podrá acceder a sus datos el personal sanitario o la Autoridad Sanitaria si lo solicita. Formará parte de su expediente clínico-laboral. Aportará datos sobre su salud y otras cuestiones útiles para la instauración, control y desarrollo de medidas preventivas de su empresa.

Apellidos y Nombre..... Edad

Empresa Centro de trabajo

Puesto de trabajo Fecha

Firma

TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL RIESGO

Tiempo de manipulación de cargas en su puesto actual: Horas/día: Días/semana:

Tiempo que lleva manipulando cargas a lo largo de su vida laboral: años

CARACTERÍSTICAS DE LA CARGA (marque lo que corresponda en su caso)

- PESO: ☐ < 10 Kg ☐ 10-20 Kg ☐ 20-30 Kg ☐ > 30 Kg
- ☐ Levanta ☐ Coloca ☐ Empuja ☐ Tracciona ☐ Desplaza
- ☐ Volumen difícil de manejar
- ☐ Equilibrio inestable de la carga
- ☐ Posibilidad de desplazamiento del contenido
- ☐ Mantiene posturas forzadas
- ☐ Manipula a distancia del tronco
- ☐ Realiza torsión del tronco
- ☐ Alza la carga por encima de los hombros
- ☐ La manipula por debajo de las rodillas
- ☐ Desplaza la carga amplias distancias
- ☐ Debe alzar o descender la carga variando los puntos de agarre

MEDIDAS DE PREVENCIÓN ADOPTADAS (marque las que correspondan en su caso)

- ☐ Formación en manipulación de cargas
- ☐ Faja lumbar
- ☐ Medios mecánicos auxiliares para la manipulación manual de cargas
- ☐ Pausas de trabajo frecuentes
- ☐ Otras

SÍNTOMAS – SIGNOS OSTEOMUSCULARES (marque el recuadro correspondiente sólo en caso afirmativo)

¿Ha tenido en los últimos 12 meses molestias como dolor, contracturas, inflamación, alteraciones de la movilidad, etc.?							
	IZDO.	DCHO.	AMBOS		IZDO.	DCHO.	AMBOS
Zona cervical				Columna lumbar			
Hombros				Caderas			
Codos				Rodillas			
Muñecas				Tobillos			
Manos				Pies			
Columna dorsal							

¿Tiene **actualmente** alguna de las molestias anteriores? ¿Cuál?

¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye?

CUESTIONARIO DE TRABAJOS EN ALTURA

EXPOSICIÓN AL RIESGO

¿Cuántos años lleva realizando trabajos en altura (orientativo más de 2 metros)?

¿A qué altura máxima suele trabajar?

Cuando trabaja en alturas ¿está protegido por medidas colectivas (barandillas, muretes, etc.) y/o sistemas personales anti-caídas (arneses)? Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐

ANTECEDENTES PERSONALES

¿Tiene sensación de vértigo cuando está en lugares altos? ☐ Sí ☐ No

¿Le produce ansiedad trabajar en lugares altos? ☐ Sí ☐ No

¿Sufre o ha sufrido vértigos o mareos no relacionados con las alturas? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene problemas de equilibrio o coordinación? ☐ Sí ☐ No

¿Se ha desmayado alguna vez? ☐ Sí ☐ No

¿Está en tratamiento psiquiátrico o psicológico? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene dificultad de movimientos? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene epilepsia? ☐ Sí ☐ No

¿Ha padecido o padece enfermedades del corazón? ☐ Sí ☐ No

¿Se fatiga más de lo normal? ☐ Sí ☐ No

¿Le cuesta respirar durante el ejercicio? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene palpitaciones frecuentes? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene diabetes? ☐ Sí ☐ No

¿Toma alguna medicación? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo) ¿Cuál?
.....

¿Ha sufrido algún accidente por caída de alturas? ☐ Sí ☐ No. En caso afirmativo ¿Fue laboral?: ☐ Sí ☐ No

¿Tiene alguna secuela? ☐ Sí ☐ No
.....

¿Con qué frecuencia toma alguna bebida que contenga alcohol?

☐ Nunca

☐ Ocasionalmente

☐ Al menos una vez por semana

☐ Todos los días

Si bebe, ¿cuánto bebe en un día normal?

¿Cuántos vasos de vino?

¿Cuántos vasos de cerveza?

¿Cuántas copas?

¿y un fin de semana?

¿Cuántos vasos de vino?

¿Cuántos vasos de cerveza?

¿Cuántas copas?

¿Suele tomar alguna droga?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, especificar

CUESTIONARIO DE POSTURAS FORZADAS

Antigüedad en el puesto..... Breve descripción de tareas:

Herramientas y mandos que utiliza diariamente (*describir brevemente*):

POSTURA FORZADA QUE ADQUIERE (*señale el/los movimientos que usted considera que realiza*):

- ☐ Movimientos de alcance repetidos por encima del hombro
- ☐ Flexiones forzadas de cuello
- ☐ Rotación forzada de columna
- ☐ Movimientos de flexión o extensión forzados de la muñeca
- ☐ Desviaciones laterales (internas o externas) forzadas de la muñeca
- ☐ Rotación extrema del brazo
- ☐ Flexión extrema del brazo
- ☐ Flexión mantenida de dedos
- ☐ Otros (especificar) :

TIEMPO DE EXPOSICIÓN A ESTAS POSTURAS FORZADAS:

- ☐ Esporádicamente ☐ Frecuentemente ☐ De manera continuada

MOVIMIENTOS REPETIDOS DE MIEMBRO SUPERIOR (MRMS)

• Número estimado de horas de trabajo:

Diarias:

Semanales:.....

• Contenido:

- Esporádico ☐
Continuo entre 2 y 4 horas ☐
Continuo, superior a 4 horas ☐

• Ciclo de trabajo:

- Largo (superior a 2 minutos) ☐
Moderado (entre 30 segundos y 2 minutos) ☐
Corto (hasta 30 segundos) ☐

• Manipulación de cargas:

- Si ☐ No ☐
Inferiores a 1 Kg ☐
Entre 1 y 3 Kg ☐
Mas de 3 Kg ☐

• Tipo de tarea:

- Movimientos de hombro y cintura escapular ☐
Movimientos de pronosupinación en codo y/o muñeca ☐
Repetidas extensiones y flexiones de muñeca ☐
Trabajos contra resistencia ☐
Otros (especificar):.....

CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE EXPOSICIÓN A RUIDO.

(marque con una cruz la/s afirmación/es correcta/s o escriba sobre las líneas de puntos)

Exposición laboral

¿Cuánto tiempo lleva expuesto a ruido en su trabajo actual? (en años)
..... (horas/día).....

¿Le produce el ruido en su trabajo alguno de los siguientes efectos?:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Le molesta | <input type="checkbox"/> Pérdida de concentración |
| <input type="checkbox"/> Dificultad d comunicación | <input type="checkbox"/> Malestar, ansiedad, estrés. |

¿Utiliza protección? SI ☐ NO ☐ . ¿Cuál?: Tapones ☐ Auriculares ☐ . ¿Cuándo?:

Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐

¿Cuántas horas al día de media lleva protección auditiva?horas

¿Ha estado expuesto a ruido en otros trabajos anteriormente?. SI ☐ NO ☐

¿De qué trabajaba?¿Cuánto tiempo estuvo
expuesto? (en años).....

Exposición extralaboral

¿Practica fuera del trabajo alguna actividad ruidosa? SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es afirmativa, especifique de qué actividad se trata:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Caza | <input type="checkbox"/> Suele conducir con la ventanilla
bajada |
| <input type="checkbox"/> Tiro deportivo | <input type="checkbox"/> Otras actividades ruidosas: |
| <input type="checkbox"/> Motociclismo | |
| <input type="checkbox"/> Le gusta oír música a un
volumen elevado/ acudir a
discotecas/ walkman | |

Antecedentes y estado actual en relación con el sistema auditivo

¿Está acatarrado en el momento actual? SI ☐ NO ☐

¿Tiene otitis en el momento actual? SI ☐ NO ☐

¿Cree que oye bien?. SI ☐ NO ☐

Si no oye bien, ¿desde cuándo? Oído derch ☐ Oído izq ☐ Ambos ☐

¿A qué atribuye su pérdida de audición?

¿Usa audífono?. SI ☐ NO ☐

Fecha y Firma