ENCUESTA DE ESTADO DE SALUD COLABORADORES

Instrucciones:

* Las siguientes preguntas tienen diferentes respuestas posibles y usted debe escoger únicamente aquella que le sea la correcta.
* Marque una sola respuesta a cada pregunta, a no ser que se le indique lo contrario.
* Deberá contestar a todas las preguntas en orden, a menos que haya una indicación para saltarse alguna pregunta.
* No hay buenas ni malas respuestas. Estas preguntas son tres ejemplos que le pueden ayudar a comprender la forma de llenar el cuestionario:

Ejemplo 1: Haga un círculo en el número correspondiente a la respuesta elegida.

|  |  |
| --- | --- |
| **Pregunta N° 1**  **En general, usted diría que su salud es:**  Excelente…..1  Muy Buena…2  Buena………3  Regular…….4  Mala………..5 | |
| **Pregunta N° 2**  **Tiene usted el habito del tabaquismo, en caso afirmativo escriba la Cantidad Aproximada** | |
| ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? |  |
| ¿Cuántos puros fuma al día? |  |
| ¿Cuántas pipas fuma al día? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| N° de Identificación |  |
| Edad: |  |
| Area o Departamento |  |

1. **En general usted diría que su salud es:**
   1. Excelente
   2. Muy Buena
   3. Regular
   4. Mala
2. **Como diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace 3 meses**
   1. Mucho mejor ahora que hace 6 meses
   2. Algo mejor que hace 6 meses
   3. Más o menos igual
   4. Algo peor que hace 6 meses
   5. Mucho peor ahora

**3**. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDADES** | | | | **Sí, me**  **limita** | **Sí, me limita**  **un poco** | **No, no limita**  **nada** |
| Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en  deportes agotadores | | | |  |  |  |
| Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o  caminar más de 1 hora | | | |  |  |  |
| agarrar o llevar la bolsa de la compra | | | |  |  |  |
| Subir varios  escalera | pisos | por | la |  |  |  |
| Subir un solo escalera | piso | por | la |  |  |  |
| Agacharse o arrodillarse | | | |  |  |  |
| Caminar un kilómetro o más | | | |  |  |  |
| Caminar varias manzanas  (varios centenares de metros) | | | |  |  |  |
| Caminar una sola manzana (100 metros) | | | |  |  |  |
| Bañarse o vestirse por sus  propios medios | | | |  |  |  |

**4**. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACTIVIDADES** | **Si** | **No** |
| ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? |  |  |
| ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? |  |  |
| ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? |  |  |
| ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades  cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) |  |  |

**5**. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACTIVIDADES** | **Si** | **No** |
| ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional? |  |  |
| ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? |  |  |
| ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? |  |  |

**6**. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas

1. No, ninguno
2. Sí, muy poco
3. Sí, un poco
4. Sí, moderado
5. Sí, mucho
6. Sí, muchísimo

**7.** Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

**8.** ¿sabe usted su peso actual?

Escriba una cifra aproximada\_\_

**9.** ¿Sabe cuánto mide?

Escriba una cifra aproximada\_\_\_\_\_\_\_

**10**. Según su estatura ¿Cree usted que su peso actual es?

1. Excesivo
2. Normal
3. Escaso

**Importante:** Esta encuesta de salud es de uso exclusivo de recursos humanos como control de medicina preventiva ocupacional y del médico tratante bajo ninguna situación o circunstancia será usado sin autorización del colaborador.