

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN
(Trabajo en alturas, Manipulación de cargas, Movimientos repetidos, Posturas Forzadas, Exposición a Disolventes)

Nombre:		Fecha:
Empresa:	Puesto de Trabajo:	

HISTORIA LABORAL

Descripción del puesto de trabajo:

¿Realiza alguna de las siguientes tareas?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Movimientos de alcance repetidos por encima del hombro. | <input type="checkbox"/> Flexiones forzadas del cuello. |
| <input type="checkbox"/> Rotación forzada de columna | <input type="checkbox"/> Movimientos de flexión o extensión forzadas de la muñeca. |
| <input type="checkbox"/> Desviaciones laterales forzadas de la muñeca. | <input type="checkbox"/> Rotación / Flexión extrema del brazo. |
| <input type="checkbox"/> Flexión mantenida de los dedos | <input type="checkbox"/> Otros..... |

Usted la carga la:

- Levanta Coloca Empuja Tracciona Desplaza

¿Es repetitivo? No Sí; ¿Con qué frecuencia?

Horas / día:

- Peso de la carga < 10 Kg 10-20 kg 20-30 kg > 30 kg

- | | | | |
|---|---|---|---|
| Volumen difícil de manejar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Equilibrio inestable | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Manipulación a distancia del tronco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Posibilidad de desplazamiento del contenido | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Torsión-Flexión del tronco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Mantiene Posturas Forzadas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Alza la carga por encima de los hombros | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | La manipula por debajo de las rodillas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Posee Formación en Manipulación de Cargas? Sí No

Uso de Faja Lumbar Siempre A veces Nunca

Medios Auxiliares en la manipulación manual de cargas Siempre A Veces Nunca

¿Posee las siguientes características el medio de trabajo donde usted manipula la carga?

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|
| Espacio libre insuficiente para la actividad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Suelo irregular o resbaladizo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Altura excesiva para manipulación manual de cargas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Suelo o punto de trabajo inestables | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Desniveles en suelo o plano de trabajo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Vibraciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Temperatura, humedad, circulación de aire e iluminación inadecuadas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

¿Está expuesto a disolventes en el momento actual? No Sí; ¿Cuál?

¿Cuánto tiempo en general lleva trabajando con disolventes? Años ¿Cuánto tiempo lleva expuesto en el puesto actual?

¿Cuántas horas al día trabaja con riesgo de exposición a disolventes? horas / día

¿Utiliza disolventes fuera de su trabajo? No Sí; ¿Cuál?

¿Está expuesto a otros agentes tóxicos? Plomo Mercurio Plaguicidas Otros:

¿A qué altura suele trabajar?

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

HISTORIA CLÍNICA (Marque con una X lo que se le corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sufre o ha sufrido vértigos o mareos
<input type="checkbox"/> Ha padecido o padece enfermedades del corazón
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Tiene palpitaciones frecuentes
<input type="checkbox"/> Reacción alérgica a | <input type="checkbox"/> Tiene alguna dificultad de movimiento
<input type="checkbox"/> Le cuesta respirar durante el ejercicio
<input type="checkbox"/> Rinitis / rinoconjuntivitis
<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Se fatiga más de lo normal
<input type="checkbox"/> Esta en tratamiento psiquiátrico o psicológico
<input type="checkbox"/> Tiene diabetes
<input type="checkbox"/> Ha padecido convulsiones en el último año
<input type="checkbox"/> Ha padecido o padece anemias importantes
<input type="checkbox"/> Encuentra difícil entender lo que lee en el periódico.
<input type="checkbox"/> A menudo se siente irritado sin una razón particular
<input type="checkbox"/> Suda sin una razón particular |
|---|--|
- Ha sufrido algún accidente que le produjera lesiones craneoencefálicas
- Tiene poca memoria, o le han dicho sus familiares que tiene poca memoria
- Está menos interesado en el sexo de lo que considera que es normal.
- Tiene a menudo hormigueo doloroso en alguna parte de su cuerpo
- A menudo tiene que volver a comprobar las cosas que ha hecho (apagar estufa, cerrar la puerta, otros)
- Padece alguna enfermedad neurológica, degenerativa o vascular.....
- Ha tenido alguna alteración psicológica como depresiones, ansiedad, paranoia, esquizofrenias....
- Ha sufrido accidentes que afectan a brazos, espalda, piernas o caderas.
- Padece o ha padecido alguna enfermedad de las articulaciones o músculos.
- Utiliza o ha utilizado alguno de los siguientes medicamentos: ansiolíticos, somníferos, antidepresivos, antihistamínicos, antiepilépticos, vasodilatadores o hipotensores.

Medicación que toma:

¿Ha padecido o padece...	NO	SI	Fecha	Localización	Curso con Baja		Se Consideró:	
					SI	NO	AT	EP
... Tendinitis?								
... Epicondilitis?								
... Epitrocleititis?								
... Síndrome de compresión nerviosa?								
... Trastorno adquirido o congénito que repercuta en la realización de movimientos?								
... Fracturas o traumatismos graves?								
... Diabetes Mellitus?								
... Hiperuricemia mantenida o Gota?								
... Colagenosis?								
... Hipotiroidismo?								
... Osteoporosis?								
... Osteomalacia?								
... Reumatismo?								

¿Ha tenido en los últimos 12 meses inflamación, alteraciones de la movilidad, contracturas...? (Marque con una X)

	C. Cervical	C. Lumbar	C. Dorsal	Hombros	Codos	Muñecas	Manos	Caderas	Rodillas	Tobillos	Pies
Izqdo.											
Dcho.											
Ambos											

HISTORIA ACTUAL

¿Tiene actualmente algunos de los síntomas anteriores? No Sí ¿Cuál?:.....

¿Desde cuando? ¿A qué lo atribuye? No Sí ¿Cuál?:.....

¿Ha estado incapacitado para su trabajo por algo de lo anterior? No Sí | No Sí; ¿Cuál?

¿Ha tenido algún accidente laboral en relación con la exposición a disolventes? No Sí; ¿Cuál?

¿Se le ha reconocido alguna enfermedad profesional? No Sí; ¿Cuál?

Lugar y fecha:

Firma del trabajador: