

SOBRE LOS RECURSOS MATERIALES

Mencione los elementos, insumos (electricidad, gas, agua) y materiales (Ej. papel, tinta, etc.) que se requieren para realizar la tarea del puesto. En caso de realizar más de una tarea especifique los elementos para cada una.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¿Con qué maquinarias o equipos trabaja? (Ej.: Computadora, fresa, torno, etc.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¿Con qué herramientas o utensilios trabaja? (Ej.:tensiómetro, taladro, cuchillo, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¿Existen otros recursos con los que el trabajador debiera contar para realizar las tareas del puesto?

.....

.....

.....

.....

.....

SOBRE EL PROCESO DE TRABAJO DEL PUESTO

Mencione todas las tareas que se realizan en el puesto de trabajo, incluso las tareas que el trabajador hace aunque no le correspondan:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mencione cuál es el resultado esperado de cada tarea que realiza el trabajador (Ej.: En la tarea de administrar medicación a un paciente: “que el paciente reciba la medicación en tiempo y forma”). No olvide anotar cantidades y tiempos!!!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¿La **iluminación** es insuficiente para desarrollar las tareas adecuadamente?

SI - NO

Describe la situación

.....

.....

.....

.....

.....

¿La disposición de las fuentes de luz genera **resplandor o zonas de sombra** que interfieren en la tarea que desarrolla?

SI - NO

Describe la situación

.....

.....

.....

.....

.....

¿Cómo considera la **temperatura** de su puesto de trabajo?

Confortable	No confortable	
	por frío	por calor

Describe la situación

.....

.....

.....

.....

.....

¿Cómo considera que es su puesto de trabajo en lo relativo a la **humedad**?

Confortable	No confortable	
	Muy húmedo	Muy seco

Describe la situación

.....

.....

.....

.....

.....

¿Se halla expuesto a **radiaciones**?

SI - NO

	<i>Describe cómo y cuándo se producen</i>
Ionizantes (Rx)	
No ionizantes	

¿Utiliza para trabajar **sustancias químicas contaminantes** que afectan su salud? **SI - NO**

Nombre del producto	Presentación	Describa en qué situación de trabajo el trabajador está en contacto con esta sustancia

¿Conoce los posibles **efectos para la salud del contacto con estas sustancias**? **SI - NO**

Si los conoce, mencione los efectos perjudiciales desde su punto de vista

.....

.....

.....

.....

Estas sustancias, ¿Llevan una **etiqueta informando de su peligrosidad**? **SI - NO**

Indique cuáles si y cuáles no...

.....

.....

.....

.....

Marque con una cruz los **residuos que existen en su ambiente de trabajo**. Complete el listado si es necesario

	Ejemplos	Describa cómo se manejan estos residuos
Patogénicos	Jeringas guantes usados restos de sangre fluidos humanos y animales pañales toallas higiénicas algodones	
Orgánicos	Restos de comida Frutas y verduras	
Inorgánicos	Envases de plástico Latas Vidrios	

	Gomas Pilas Papel Cartón Metales Trapos	
Otros		

¿Cuenta el establecimiento con **agua potable**?

SI – NO – NO SE

Describe el origen del agua para consumo de los trabajadores

.....

.....

.....

.....

¿Se realizan **análisis bacteriológicos del agua**?

SI – NO – NO SE

Si lo sabe, indique cada cuánto, cómo y quién los realiza

.....

.....

.....

.....

¿Se realiza la **limpieza del tanque y red de agua** periódicamente?

SI – NO – NO SE

Si lo sabe, indique cada cuánto, cómo y quién las realiza

.....

.....

.....

.....

¿Dispone de **sector** apto higiénicamente para **alimentación** y preparación de alimentos? **SI – NO**

Describe el lugar en el que el trabajador come o toma un refrigerio

.....

.....

.....

.....

¿Cuenta su sector con **vestuario**?

SI – NO

Si el trabajador se cambia de ropa para trabajar, describa el lugar donde lo hace

.....

.....

.....

.....

¿Existen **baños** aptos higiénicamente **exclusivos para los trabajadores**?

SI – NO

Describe los baños que usan los trabajadores del sector

.....

.....

.....

.....

¿Se realizan **desinfecciones y control de plagas**?:

SI – NO

Si lo sabe, indique cada cuánto, cómo y quién las realiza

¿Recibió **vacunación** por parte de la institución en la cual trabaja?:

SI – NO

Indique las vacunas aplicadas al trabajador, cuándo y cómo se realizó la vacunación

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RIESGOS MECÁNICOS

Marque con una cruz las situaciones por las que el trabajador considera que podría **sufrir accidentes o incidentes**:

Resbalones y/o caídas al mismo nivel por superficies o terrenos resbaladizos o desparejos	
Caída de materiales o herramientas desde altura	
Golpes, choques y proyecciones de objetos	
Pisadas sobre objetos corto punzantes	
Quemaduras por contacto a altas temperatura	

*Describa en qué situaciones podría el trabajador sufrir **resbalones y/o caídas al mismo nivel por superficies o terrenos resbaladizos o desparejos***

.....

.....

.....

.....

*Describa en qué situaciones podría el trabajador sufrir **Caída de materiales o herramientas desde altura***

.....

.....

.....

.....

*Describa en qué situaciones podría el trabajador sufrir **Golpes, choques y proyecciones de objetos***

.....

.....

.....

.....

*Describa en qué situaciones podría el trabajador sufrir **Pisadas sobre objetos corto punzantes***

.....

.....

.....

.....

*Describa en qué situaciones podría el trabajador sufrir **Quemaduras por contacto a altas temperatura***

Si trabaja **con computadora:**

- ¿La pantalla cuenta con protección? **SI – NO**
- ¿Existen reflejos sobre la pantalla? **SI – NO**
- ¿Hay una adecuada ubicación entre teclado, pantalla y CPU? **SI – NO**
- ¿Cuenta con atril para sostener el material a copiar? **SI – NO**
- La mesa de computación ¿es adecuada? **SI – NO**

Si trabaja **con máquinas, equipos o herramientas:**

- ¿Presentan riesgos mecánicos que puedan causar accidentes? **SI – NO**

Describe cuáles son y qué tipo de accidentes consideran que pueden provocar

.....

.....

.....

¿Ha sido **capacitado o informado sobre cómo operar**, reparar o mantener las máquinas o herramientas en forma segura? **SI – NO**

Si recibió capacitación, describa quién la dictó, cómo fue y cuándo la recibió

.....

.....

.....

¿Tiene conocimiento de la existencia de un programa de **mantenimiento preventivo de maquinarias, herramientas y equipos?** **SI – NO**

Describe cómo se realiza el mantenimiento de maquinarias, herramientas y equipos en su lugar de trabajo

.....

.....

.....

Si trabaja con **vehículos de transporte a motor:**

- ¿están equipados con luces, frenos, aviso acústico y matafuegos? **SI – NO**
- ¿Son adecuadas las cabinas para las inclemencias del tiempo? **SI – NO**
- ¿Son adecuadas las cabinas para proteger del vuelco y desplazamiento de carga? **SI – NO**

Si utiliza **aparatos para izar y montacargas:**

- ¿Tienen identificación de carga máxima? **SI – NO**
- ¿Poseen parada de máximo nivel o sobrecarga? **SI – NO**
- ¿Tienen los ganchos para izar, traba de seguridad? **SI – NO**

¿Cuenta con los **EPP para la realización de su tarea?** **SI – NO**

Mencione los EPP que tiene a su disposición en su lugar de trabajo

.....

.....
.....
.....
¿Fue capacitado en el uso adecuado de los EPP?

SI – NO

Explique quién dictó la capacitación, cuándo fue, los temas y la modalidad de la misma

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

¿Se encuentran **señalizados los sectores peligrosos** y la obligatoriedad del uso de EPP? **SI – NO**

Describa el tipo de señalización

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

¿Fue capacitado en bio-seguridad?

SI – NO

Explique quién dictó la capacitación, cuándo fue, los temas y la modalidad de la misma

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

¿Usted debe **cumplir con normativa o procedimientos de bio-seguridad**?

SI – NO

Mencione algunos ejemplos de estos procedimientos

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

¿Usted considera que existen factores que inciden en la **probabilidad de sufrir un accidente en el trabajo**?

SI – NO

Mencione algunos ejemplos de acuerdo a su experiencia

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

¿Piensa que hay **accidentes a los que los trabajadores/as se acostumbran** y por consiguiente no toman en cuenta las medidas de prevención que se les indican?

SI – NO

Mencione algunos ejemplos de acuerdo a su experiencia

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

Describe con qué elementos cuenta el sector (Ej. Extintores, nichos hidrantes, sistemas fijos, detectores de humo)

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

¿Si hay **extintores**:

- ¿Se registra el control de recarga? **SI – NO – NO SÉ**
- ¿Recibió capacitación en el uso de los extintores? **SI – NO**
- ¿Se encuentran correctamente colocados y señalizados? **SI – NO – NO SÉ**

Describe la cantidad, distribución y estado de los extintores de su sector

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

¿Existe **riesgo de incendio y explosiones** en su sector de trabajo? **SI – NO**

	Describe en qué situación podría producirse
Incendio y explosiones de gases	
Incendio y explosiones de líquidos	
Incendio y explosiones de sólidos	
Incendio y explosiones combinados	
Incendio eléctricos	

En caso de **emergencia**, ¿Sabe cómo actuar? **SI – NO**

En caso de haber sido capacitado, indique dictó la capacitación, cuándo, los temas y la modalidad

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

¿Existe un **plan de evacuación**? **SI – NO – NO SÉ**

Si lo hay, indique quién lo elaboró

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

¿Cuál es el estado de las **instalaciones eléctricas**?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
-----------	-------	---------	------

Describe las instalaciones

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

Si considera que hay **riesgo de sufrir contacto eléctrico**, explique por qué

¿Se ha instalado un **sistema de iluminación de emergencia**?

SI – NO – NO SÉ

Describe cómo es

¿Existe **desorden y obstáculos** en los espacios de circulación)?

SI – NO

Si considera que hay desorden, explique por qué

¿**Falta la limpieza** en el espacio de trabajo (Ej. Acumulación de residuos)?

SI – NO

Si considera que hay falta de limpieza, explique por qué

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO: CARGA MENTAL

¿Planifica sus tareas?

SI – NO

Cite algunos ejemplos

¿Sigue instrucciones?

SI – NO

Cite algunos ejemplos

¿Puede negociar o realizar acuerdos con su jefe para organizar su trabajo?

SI – NO

Cite algunos ejemplos

¿El trabajo que realiza es individual?

SI – NO

Cite algunos ejemplos

¿El trabajo que realiza requiere trabajo en equipo o grupo?

SI - NO

Cite algunos ejemplos

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

¿Las tareas que realiza están acordes a sus capacidades?

SI - NO

Cite algunos ejemplos

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

¿Las tareas que realiza están acordes a sus intereses y deseos?

SI - NO

Cite algunos ejemplos

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

¿Comete frecuentemente errores en las tareas?

SI - NO

Cite algunos ejemplos

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

Mientras realiza su trabajo, Ud. debe mantener atención exclusiva en su tarea...

Casi todo el tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	Casi nunca
---------------------	----------------------------	------------------------------	------------

Cite algunos ejemplos

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

La atención que debe mantener mientras realiza su tarea es...

Muy alta	Alta	Media	Baja
----------	------	-------	------

Cite algunos ejemplos

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

Para realizar su trabajo, la cantidad de tiempo de que dispone normalmente es ...

Demasiado poco	Poco	Es adecuado y suficiente	No tengo un tiempo determinado, me lo fijo yo
----------------	------	--------------------------	---

Cite algunos ejemplos

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

Cuando se produce un retraso en el desempeño del trabajo, ¿se puede recuperar?

no	Si, con horas extras	Si, durante las pausas	Si, durante el trabajo, acelerando el ritmo
----	----------------------	------------------------	---

Cite algunos ejemplos

Realiza tareas que no corresponden a su puesto

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	La mayor parte del tiempo
------------	---------------	----------------	---------------------------

Cite algunos ejemplos

¿Se siente capacitado para desempeñar las tareas para las que fue nombrado?:

Sí, para todas las tareas	Sí, para la mayoría de las tareas	Sólo para algunas tareas	No
---------------------------	-----------------------------------	--------------------------	----

Cite algunos ejemplos

Su trabajo requiere ...

- Capacidad de aprender cosas o métodos nuevos:

SI – NO

Cite algunos ejemplos

- Capacidad de adaptarse a nuevas situaciones:

SI – NO

Cite algunos ejemplos

- Organizar y planificar el trabajo:

SI – NO

Cite algunos ejemplos

- Trabajar con otras personas:

SI – NO

Cite algunos ejemplos

- Habilidad y destreza manual:

SI – NO

Cite algunos ejemplos

¿Ud. realiza tareas repetitivas y de corta duración?

SI – NO

Cite algunos ejemplos

¿En qué medida contribuye su trabajo al conjunto del Área?:

No lo sé	No es muy importante, pero necesario	Es importante	Es indispensable
----------	--------------------------------------	---------------	------------------

Cite algunos ejemplos

El trabajo que realiza ¿Le resulta rutinario?:

No	A veces	Con frecuencia	Siempre
----	---------	----------------	---------

Cite algunos ejemplos

¿Cómo cree que consideran su trabajo las siguientes personas?

- La sociedad:

Muy importante	Importante	Poco importante	Nada importante
----------------	------------	-----------------	-----------------

Cite algunos ejemplos

- Sus superiores

Muy importante	Importante	Poco importante	Nada importante
----------------	------------	-----------------	-----------------

Cite algunos ejemplos

- Sus compañeros de trabajo:

Muy importante	Importante	Poco importante	Nada importante
----------------	------------	-----------------	-----------------

Cite algunos ejemplos

¿Cómo considera que son las relaciones con las personas con las que debe trabajar?

- Jefes:

Muy buenas	Buenas	Regulares	Malas
------------	--------	-----------	-------

Cite algunos ejemplos

- Tus compañeros de trabajo:

Muy buenas	Buenas	Regulares	Malas
------------	--------	-----------	-------

Cite algunos ejemplos

- Personal a su cargo:

Muy buenas	Buenas	Regulares	Malas
------------	--------	-----------	-------

Cite algunos ejemplos

¿Qué tipo de relaciones de trabajo se dan generalmente en su grupo?:

De colaboración para el trabajo y personales positivas
Sin colaboración, pero personales positivas
Solamente de colaboración con el trabajo
Ni personales, ni de colaboración para el trabajo
Personales negativas (rivalidad, enemistad)

Cite algunos ejemplos

DURACIÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO: CARGA MENTAL Y PSÍQUICA

¿A qué hora entra a este puesto de trabajo?	
¿A qué hora sale de este trabajo?	
¿Cuántas horas extras hace por día?	
¿En total, cuántas horas extras hace por semana?	
¿Cuánto tiempo tarda en realizar el trayecto desde su casa al trabajo?	

¿Realiza algún otro trabajo?

SI - NO

Mencione el otro trabajo que realiza:

¿Realiza turnos rotativos?

SI - NO

¿Realiza trabajo nocturno?

SI - NO

¿Puede administrarse las pausas durante sus tareas?

SI - NO

Describe las pausas que habitualmente realiza en su jornada laboral y como las utiliza

Describe sus días de descanso semanal y las actividades que realiza

Describe la cantidad de días de vacaciones y las actividades que realiza

REMUNERACIÓN: CARGA PSÍQUICA

¿Le alcanza la remuneración que recibe para satisfacer sus necesidades?

Si	En gran parte	Sólo en parte	No
----	---------------	---------------	----

Justifique su respuesta

¿Recibe otros incentivos monetarios por su trabajo?

SI – NO

Cite algunos ejemplos

MODO DE GESTIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO: CARGA PSÍQUICA

¿Cuál es su situación de revista?

Titular	Suplente	Temporario	Planta permanente	Mensualizado	Reemplazante	Contratado
Otros:						

¿Ha sentido o siente inestabilidad salarial o laboral?

SI – NO

Justifique su respuesta

¿Cómo siente que es el trato de sus superiores?

Autoritario	Paternalista	Democrático	No tengo trato con ellos
-------------	--------------	-------------	--------------------------

Justifique su respuesta

SERVICIOS SOCIALES Y ASISTENCIALES: CARGA PSÍQUICA

¿Su lugar de trabajo cuenta con servicio de comedor?

SI – NO

¿Usa el comedor para realizar sus comidas o tomar un refrigerio?

SI – NO

Justifique su respuesta

Describa el lugar donde realiza sus comidas o toma un refrigerio

¿Su lugar de trabajo cuenta con servicio de guardería?
¿Usa la guardería para dejar a sus hijos mientras trabaja?

SI - NO
SI - NO

Justifique su respuesta

Describa la guardería si la conoce

¿Tiene obra social?
¿Está conforme con la cobertura y las prestaciones?

SI - NO
SI - NO

Fundamente su respuesta

¿Le proveen ropa de trabajo actualmente?
Comente qué le entregan y cada cuanto se lo dan

SI - NO

POSIBILIDAD DE PARTICIPACIÓN: CARGA PSÍQUICA

Sus jefes le dan la posibilidad de participar en reuniones y de emitir su opinión?
Comente su respuesta

SI - NO

¿Sus opiniones son tenidas en cuenta?
Comente su respuesta

SI - NO

¿Ha participado en la elaboración de propuestas de mejora para su lugar de trabajo?
Comente su respuesta

SI - NO

¿De qué modo le interesaría participar?

.....
.....
.....
.....
.....
¿Qué cambios le gustaría proponer?
.....
.....
.....

IMPACTO DEL TRABAJO A NIVEL EMOCIONAL: CARGA PSÍQUICA

¿Siente miedo por situaciones relacionadas a su tarea? **SI – NO**
Mencione en qué situaciones y cómo lo maneja

.....
.....
.....
¿Siente angustia por situaciones relacionadas a su tarea? **SI – NO**
Mencione en qué situaciones y cómo lo maneja

.....
.....
.....
¿Siente bronca por situaciones relacionadas a su tarea? **SI – NO**
Mencione en qué situaciones y cómo lo maneja

.....
.....
.....
¿Está en contacto con personas afectadas por situaciones de violencia en su trabajo? **SI – NO**
Mencione en qué situaciones y cómo lo maneja

.....
.....
.....
¿Siente satisfacción en algún momento en su trabajo? **SI – NO**
Mencione en qué situaciones se siente bien en su trabajo

CARGA FÍSICA DE TRABAJO

Diseño del Puesto de Trabajo

¿Existe espacio suficiente encima de la superficie de trabajo (mesa, banco de trabajo, etc) o en puesto de trabajo para distribuir adecuadamente los diferentes elementos u objetos utilizados por el trabajador?

SI - NO

Comente su respuesta
.....
.....

¿La altura de trabajo se adapta al tipo de tarea y a las dimensiones del trabajador? **SI - NO**

Comente su respuesta

¿Los elementos de trabajo se encuentran accesibles al trabajador? **SI - NO**

Comente su respuesta

¿Cuenta con espacio para mover cómodamente las piernas (por ejemplo, por debajo de la mesa o banco de trabajo) o el cuerpo en general (superficie libre en el entorno del puesto de trabajo > 2 m2)? **SI - NO**

Comente su respuesta

Si utiliza una silla, ¿la misma resulta adecuada para la tarea? **SI - NO**

Comente su respuesta

Si trabaja de pie, la superficie es estable, sin irregulares, y dispone de banquetas o sillas para sentarse ocasionalmente. **SI - NO**

Comente su respuesta

¿Su trabajo requiere operar controles de maquinaria o equipamiento? **SI - NO**

¿Los controles se pueden accionar con comodidad y permiten mantener una buena postura mientras se observa el indicador correspondiente? **SI - NO**

Comente su respuesta

Posturas

Para analizar la carga postural se requiere contar con dos puntos de vista:

- Las opiniones de las personas sobre el confort postural de su trabajo y sobre la naturaleza y localización de las molestias que les produce.
- El estudio postural mediante la observación y mediciones de cuatro aspectos:
 - Puesto de trabajo y zona de actividad. (Evaluado en el tema "Alcances")
 - Posturas que adopta el trabajador en cada tarea (Tabla de posturas, ver abajo)
 - Duración de las diferentes posturas. (Tabla de posturas, ver abajo)
 - Cargas físicas adicionales (peso de herramientas, manipulación, mantenimiento del equilibrio, etc.).

Para volcar los datos se deberán seguir los pasos a continuación:

- A.** Realizar un listado de las principales tareas que realiza el trabajador
- B.** Para cada tarea describir las posturas completando la siguiente tabla.

Tabla de Posturas

Tarea:				
Segmento corporal	Descripción y duración de las posturas			
	Descripción	Sostenimiento de cada postura (min. u horas)	Frecuencia (veces por hora)	Duración total de la postura en la jornada de trabajo
Miembros inferiores				
Posición de la cabeza (incluye línea de visión)				
Tronco				
Brazo Derecho				
Brazo izquierdo				
Codo				
Muñeca				
Mano				

Manipulación de Carga

¿Su trabajo requiere que realice manipulación de carga?

SI - NO

¿Cuál es peso aproximado de la carga?

.....

¿Desde que altura debe tomar la carga?

.....

¿Desde que distancia a partir de su cuerpo debe tomar la carga?

.....

¿A que altura debe depositar la carga?

.....

¿A que distancia desde su cuerpo debe depositar la carga?

.....

¿Se ve obligado a girar el tronco mientras levanta la carga?

SI - NO

¿La carga presenta dificultades para su manipulación: asimetría, deslizamiento, ausencia de manijas, volumen excesivo?

SI - NO

Especifique de que carga se trata y sus características

.....

Especifique la frecuencia y duración de la manipulación de carga

Frecuencia: Número de levantamientos por hora	Duración de la manipulación por día	
	Menos o = a 2 Hs	Mas de 2 Hs
Menos o = a 12		
Mas de 12		
Menos o = a 30		
Menos o = a 60		
Mas o = a 360		

(Referencias basadas en la resol. 295, ley 19.587)

¿Transporta carga en forma manual?

SI - NO

¿Qué distancia recorre?

.....

¿Debe subir o bajar con la carga (escalera, rampa)?

SI - NO

Comente su respuesta

.....

.....

¿Debe sortear obstáculos o existen dificultades para el desplazamiento?

SI - NO

Comente su respuesta

.....

.....

¿Transporta la carga en un dispositivo con ruedas?

SI - NO

¿Cuál es el peso de la carga que transporta y de que carga se trata? *Especifique*

.....

.....

¿El punto de empuje o arrastre de los carros (asa) se corresponde con la zona más segura de manipulación (por debajo de la altura de los hombros hasta la altura de los nudillos del trabajador)?

SI - NO

Comente su respuesta

.....

.....

¿Los suelos tienen desniveles (escalones, pendientes)?

SI - NO

Comente su respuesta

.....

.....

¿El suelo o en medio de transporte se encuentran en buen estado?

SI - NO

Comente su respuesta

.....

.....

¿Cuando manipula la carga que transporta se asiste con algún auxiliar hidráulico o cuenta con la colaboración de un compañero?

SI - NO

Comente su respuesta

.....

.....

Uso de Herramientas

¿Utiliza herramientas?

SI - NO

Describe cuales y para qué tareas

.....

.....

..... ¿Se emplean herramientas que no son las específicas para la tarea que se realiza?

SI - NO

Comente su respuesta

.....

.....

¿Cuando usa la herramienta el trabajador mantiene una postura forzada de la muñeca (flexión, extensión, giro o inclinación hacia un lado elevados)?

SI - NO

Comente su respuesta

¿Ha sufrido algún accidente de trabajo?

SI – NO

Relate el o los accidentes que haya tenido

¿Realizó la denuncia del accidente?

SI – NO

Relate los pasos dados para el o los accidentes que haya tenido

¿Después del accidente, se atendió donde le indicó la ART?

SI – NO

Mencione dónde se atendió y la calidad de la atención recibida

¿Le han realizado el examen preocupacional al ingresar al trabajo?

SI – NO

Mencione los estudios que le efectuaron, cuándo, dónde y cómo se realizaron

¿Le han realizado exámenes periódicos posteriores a su ingreso al trabajo?

SI – NO

Mencione los estudios que le efectuaron, cuándo, dónde y cómo se realizaron

¿Sufre alguna enfermedad crónica?

SI – NO

Mencione cuál y el tratamiento y recaudos necesarios

¿Sufre alguna enfermedad que vincula con su trabajo?

SI – NO

Mencione cuál y el tratamiento y recaudos necesarios

¿Sufre alguna dolencia o padecimiento que vincula con su trabajo?

SI – NO

Mencione cuál y el tratamiento y recaudos necesarios

¿Tiene tareas limitadas o ha sido reubicado en otro puesto por motivos de salud?

SI – NO

Mencione la causa, cómo fue el procedimiento seguido para asignar nuevo puesto o limitación de tareas y si puede cumplir las indicaciones médicas en su puesto actual

ANEXO

Esfuerzo o fuerza aplicada (Para completar tabla de Movimientos repetitivos)

Consigna para el entrevistado:

“Si tuviera que poner una puntuación del esfuerzo que realiza para....de 0 al 10, siendo 0 reposo y 10 el máximo esfuerzo, que número le pondría”

Se puede mostrar la tabla para mayor seguridad.

Escala del índice de esfuerzo percibido de 10 puntos

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN
0	Reposo
1	Muy, muy fácil
2	Fácil
3	Moderado
4	Algo duro
5	Duro
6	
7	Muy duro
8	
9	
10	Máximo