



7. En su trabajo, está usted expuesto a:

Sí <sub>1</sub>	No <sub>0</sub>	Sí <sub>1</sub>	No <sub>0</sub>	Sí <sub>1</sub>	No <sub>0</sub>	Sí <sub>1</sub>	No <sub>0</sub>				
Productos químicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Molestias sonoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calores intensos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riesgos de infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polvos o humos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ruido > 80db	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fríos intensos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contacto con un público (usuarios, pacientes, clientes, alumnos...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rayos ionizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exigencias visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La intemperie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibraciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conducción prolongada en carretera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Formación – gestión de empleados - trayectoria profesional

1. Desde hace un año ¿Ha tenido alguna formación? Sí<sub>1</sub> ☐ No<sub>0</sub> ☐  
En ese caso, era: con relación a su trabajo actual Sí<sub>1</sub> ☐ No<sub>0</sub> ☐  
con relación a un futuro puesto Sí<sub>1</sub> ☐ No<sub>0</sub> ☐

2. ¿Ha tenido una función de formador o de tutoría? Sí<sub>1</sub> ☐ No<sub>0</sub> ☐

3. ¿Tiene usted uno o varios empleados bajo sus órdenes o responsabilidad? Sí<sub>1</sub> ☐ No<sub>0</sub> ☐

4. ¿Desde hace dos años, ha cambiado usted de trabajo? Sí<sub>1</sub> ☐ No<sub>0</sub> ☐  
¿De ser el caso, fue por razones médicas? Sí<sub>1</sub> ☐ No<sub>0</sub> ☐

5. ¿Piensa usted que en dos años su estado de salud le permitirá continuar a ejercer su trabajo actual? No, sin duda no será posible <sub>0</sub> ☐ No es seguro <sub>1</sub> ☐ Sí, es casi seguro <sub>2</sub> ☐

Estilo de vida

1. Practica usted regularmente (al menos 1 vez por semana) una actividad física o deportiva: Sí<sub>1</sub> ☐ No<sub>0</sub> ☐

2. Consumo habitual:

- Tabaco No fumador <sub>0</sub> ☐ Ex fumador <sub>1</sub> ☐ < 5 ☐ 5 a 15 ☐ > 15 ☐  
cigarrillos/día <sub>2</sub> cigarrillos/día <sub>3</sub> cigarrillos/día <sub>4</sub>

- ¿Con qué frecuencia consume usted bebidas alcohólicas?  
Nunca o 1 x /mes <sub>0</sub> ☐ 2 a 4 x / mes <sub>1</sub> ☐ 2 a 3 x / semana <sub>2</sub> ☐ más de 4 x / semana <sub>3</sub> ☐

- ¿Aproximadamente cuántas copas estándares de alcohol consume usted en un día ordinario en el que bebe alcohol?  
No le concierne (no bebe alcohol) <sub>0</sub> ☐ 1 a 2 <sub>1</sub> ☐ 3 a 4 <sub>2</sub> ☐ 5 a 6 <sub>3</sub> ☐ 7 a 9 <sub>4</sub> ☐ 10 o más <sub>5</sub> ☐

3. ¿Tiene usted trayectos hogar/trabajo largos o desagradables? Sí<sub>1</sub> ☐ No<sub>0</sub> ☐

Estado de salud actual = los 7 últimos días (a rellenar por el personal médico)

Cuestionario rellenado por: el médico (a)<sub>1</sub> ☐ enfermera(o)<sub>2</sub> ☐ Nom IdEST \_\_\_\_\_

Su última cita con el servicio de salud en el trabajo (fuera de una cita de retorno al trabajo después de una pausa por enfermedad, o a su iniciativa, ...) fue hace: □≤1 año □2 años □3 años □4 años □5 años o + □nunca

Peso : \_\_ \_\_ kg Estatura : \_\_ \_\_ cm

		Quejas o signos clínicos en el transcurso de los últimos 7 días	¿Se trata de una molestia en el trabajo?	Tratamientos u otros cuidados	(Columna libre, facultativa)
* Nada Que Señalar NQS * <input type="checkbox"/> NQS <input type="checkbox"/> NQS <input type="checkbox"/>	<b>Cardiorespiratorio</b>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
	- aparato respiratorio	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
	- aparato cardiovascular	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
	- hipertensión arterial	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
NQS <input type="checkbox"/> NQS <input type="checkbox"/> NQS <input type="checkbox"/>	<b>Neuropsicológico</b>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
	- cansancio, fatiga	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
	- ansiedad, nerviosismo, irritabilidad	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
	- trastornos del sueño	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
NQS <input type="checkbox"/>	<b>Digestivo</b>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
NQS <input type="checkbox"/> NQS <input type="checkbox"/> NQS <input type="checkbox"/> NQS <input type="checkbox"/> NQS <input type="checkbox"/> NQS <input type="checkbox"/>	<b>Osteo-articular</b>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
	- Hombro	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
	- codo	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
	- muñeca / mano	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
	- miembros inferiores	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
	- vértebras cervicales	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
- vértebras dorso lumbares	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _	
NQS <input type="checkbox"/>	<b>Dermatológico</b>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
NQS <input type="checkbox"/>	<b>Trastornos auditivos</b>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Sí <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> No <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _

Cuestionario complementario al cuestionario Everest (facultativo)

Para utilizar estos campos libres:  
- haga las preguntas sobre el cuestionario complementario que usted estableció imperativamente DESPUES de haber rellenado, con el trabajador, el cuestionario Everest en su integralidad (ya que hacer las preguntas del cuestionario complementario antes o en medio del cuestionario principal puede alterar las respuestas de éste)  
- Prevea desde el principio la codificación que va a atribuirle a sus preguntas complementarias (y anótelos meticulosamente), nadie podrá decirle a usted a que corresponden los datos recolectados de esta parte del cuestionario

(P1) .....  
..... | \_ | \_ |

(P2) .....  
..... | \_ | \_ |

(P3) .....  
..... | \_ | \_ |

(P4) .....  
..... | \_ | \_ |

(P5) .....  
..... | \_ | \_ |

(P6) .....  
..... | \_ | \_ |

(P7) .....  
..... | \_ | \_ |

(P8) .....  
..... | \_ | \_ |

(P9) .....  
..... | \_ | \_ |

(P10) .....  
..... | \_ | \_ |