



EVREST 2026

Nom naiss Prénom Sexe M/F Date naiss
 Dép. naissance Salarié Contrat : CDI ou assimilé Autre PCS-ESE
 Entreprise NAF2008 Nb salariés
 Etablissement de type : Privé Public Suivi individuel renforcé : oui non
 Atelier (facultatif) Champ libre (facultatif)
 Entretien réalisé en présentiel distanciel

Condiciones de trabajo

Al completar este cuestionario reconozco haber leído y aceptar los términos y condiciones de la nota de información sobre el dispositivo Evrest

1. ¿Trabaja usted a tiempo completo?

Sí No

2. ¿Usualmente, trabaja usted en jornada normal?

Sí No

Tiene usted regularmente:

- Interrupciones en la jornada laboral de más de 2 horas
- Horarios no convencionales (temprano por la mañana o tarde por la noche)
- Horarios que cambian a menudo (alternancia de los horarios)
- Trabajo de noche (entre las 0h y 5h de la madrugada)

Sí No

¿Hace usted regularmente viajes de trabajo de más de 24h?

Sí No

¿Practica usted el teletrabajo?

No me concierne porque mi trabajo no es teletrabajable Nunca, a pesar de que mi trabajo sea teletrabajable
 1 día por semana 2 días por semana 3 a 4 días por semana 5 días por semana

3. Limitaciones temporales:

a) Debido a su carga de trabajo, le sucede lo siguiente:

- Excede sus horarios de trabajo normales
- Salta o acorta comidas, no hace una pausa
- Hace demasiado deprisa una operación que requeriría más cuidado
- Trabaja desde su hogar o en sus períodos de descanso/vacaciones

Nunca Raramente Bastante a menudo Muy a menudo

b) ¿Puede valorar las dificultades vinculadas a las cadencias y presiones temporales (tener que apresurarse, hacer todo rápido, ...)

Nada difícil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy difícil (encerrar en una cifra)

c) ¿Debe abandonar frecuentemente una tarea que está haciendo por otra no prevista?

Sí No

De ser el caso, diría usted que esta interrupción de actividad:

- Perturba su trabajo Sí No
- Es un aspecto positivo de su trabajo Sí No

4. Apreciaciones sobre su trabajo. Diría usted que:

No, en absoluto Más bien no Más bien sí Sí, absolutamente

- Su trabajo le permite aprender cosas
- Su trabajo es variado
- Puede elegir su manera de proceder
- Tiene posibilidades de ayuda mutua suficientes, de cooperación
- Tiene la sensación de poder hacer un trabajo de buena calidad
- Su trabajo es reconocido por su entorno profesional
- Debe hacer cosas que desaprueba
- Trabaja con medio de perder su empleo
- Logra conciliar su vida profesional y su vida privada

5. Exposición o carga física de su trabajo. ¿Su puesto de trabajo presenta las siguientes características?

	No, nunca <input type="checkbox"/>	Sí a veces <input type="checkbox"/>	Sí, con frecuencia <input type="checkbox"/>	De ser el caso: ¿es difícil?
Posturas incómodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí es el caso → Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Transporte de cargas pesadas o esfuerzos físicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí es el caso → Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gestos repetitivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí es el caso → Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Numerosos desplazamientos a pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí es el caso → Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Permanecer de pie de manera prolongada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí es el caso → Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

7. En su trabajo, está usted expuesto a:

Sí ₁ No ₀	Sí ₁ No ₀	Sí ₁ No ₀	Sí ₁ No ₀
Productos químicos <input type="checkbox"/> <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	Exigencias visuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	La intemperie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Vibraciones <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Conducción prolongada en carretera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presión psicológica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Formación – gestión de empleados - trayectoria profesional

1. Desde hace un año ¿Ha tenido alguna formación?

En ese caso, era: con relación a su trabajo actual
con relación a un futuro puesto

Sí₁ No₀
Sí₁ No₀
Sí₁ No₀

2. ¿Ha tenido una función de formador o de tutoría?

3. ¿Tiene usted uno o varios empleados bajo sus órdenes o responsabilidad?

4. ¿Desde hace dos años, ha cambiado usted de trabajo?

¿De ser el caso, fue por razones médicas?

Sí₁ No₀
Sí₁ No₀
Sí₁ No₀

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 ₀ No es seguro ₁ Sí, es casi seguro ₂

Estilo de vida

1. Practica usted regularmente (al menos 1 vez por semana) una actividad física o deportiva:

Sí₁ No₀

2. Consumo habitual:

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

- ¿Con qué frecuencia consume usted bebidas alcohólicas?

Nunca o 1 x /mes ₀ 2 a 4 x / mes ₁ 2 a 3 x / semana ₂ más de 4 x / semana ₃

- ¿Aproximadamente cuántas copas estándares de alcohol consume usted en un día ordinario en el que bebe alcohol?

No le concierne (no bebe alcohol) ₀ 1 a 2 ₁ 3 a 4 ₂ 5 a 6 ₃ 7 a 9 ₄ 10 o más ₅

3. ¿Tiene usted trayectos hogar/trabajo largos o desagradables?

Sí₁ No₀

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

Cuestionario llenado por:

el médico (a) ₁ enfermera(o) ₂ Nom IdEST

Si 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

		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"/>	Cardiorespiratorio - aparato respiratorio - aparato cardiovascular - hipertensión arterial	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>
		Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>
		Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>
NQS <input type="checkbox"/>	Neuropsicológico - cansancio, fatiga - ansiedad, nerviosismo, irritabilidad - trastornos del sueño	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>
		Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>
		Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>
NQS <input type="checkbox"/>	Digestivo	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u>
NQS <input type="checkbox"/>		Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u>
NQS <input type="checkbox"/>	Osteo-articular - Hombro - codo - muñeca / mano - miembros inferiores - vértebras cervicales - vértebras dorso lumbares	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
		Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
		Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
		Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
		Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
		Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
NQS <input type="checkbox"/>	Dermatológico	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u>
NQS <input type="checkbox"/>	Trastornos auditivos	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	Sí ₁ <input type="checkbox"/> No ₀ <input type="checkbox"/>	<u> </u> <u> </u>

Cuestionario complementario al cuestionario Evrest (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 Evrest 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 anótelo 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) .....	.....	|	_	|	_