

# CUESTIONARIO DE SALUD

\* Obligatorio

1. Matrícula \*

2. Nombre y apellidos \*

3. Edad \*

4. Fecha de la visita \*

5. Considerando el 10 como capacidad laboral óptima, ¿Cómo puntuarías tu capacidad o habilidad laboral en **general**? \*

Incapaz para trabajar    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Capacidad laboral óptima

                            

6. Categoría profesional \*

Administrativo/a

Auxiliar sanitario/a

Enfermero/a

Médico

Limpieza

TCAI

Técnico/a

Otras

7. ¿Cómo valoras tu capacidad habitual respecto a las demandas **físicas** del trabajo? \*

Muy buena

Bastante buena

Aceptable

Bastante mala

Muy Mala

8. ¿Cómo valoras tu capacidad laboral habitual respecto a las demandas **mentales** del trabajo? \*

- Muy buena
- Bastante buena
- Aceptable
- Bastante mala
- Muy mala

**En las siguientes listas, indica tus enfermedades o lesiones. Indica también si un médico te ha diagnosticado o tratado o estas enfermedades. Es decir, para cada enfermedad marca una de las dos opciones del Sí, o bien No si no tienes ninguna de las enfermedades en cuestión**

#### 9. LESIONES POR ACCIDENTE \*

	<b>SÍ</b> - Percepción propia	<b>SÍ</b> - Diagnóstico médico	<b>NO</b> enfermedad
Espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brazo / mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pierna / pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras partes del cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. En el caso de otras partes del cuerpo, describa cuál y qué tipo de lesión.

En las siguientes listas, indica tus enfermedades o lesiones. Indica también si un médico te ha diagnosticado o tratado o estas enfermedades. Es decir, para cada enfermedad marca una de las dos opciones del Sí, o bien No si no tienes ninguna de las enfermedades en cuestión

## 11. ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS \*

	SÍ - Percepción propia	SÍ - Diagnóstico médico	NO enfermedad
Alteraciones de la parte superior de la espalda o de la columna cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alteración de la parte inferior de la espalda. Episodios repetitivos de dolor: columna lumbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciática: dolor irradiado de la espalda hacia la pierna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alteraciones musculoesqueléticas de las extremidades (manos, pies). Episodios repetitivos de dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis reumática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras alteraciones musculoesqueléticas: dolor en rodillas, caderas, otras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. En el caso de otras alteraciones, describa cuál y qué tipo de enfermedad.

En las siguientes listas, indica tus enfermedades o lesiones. Indica también si un médico te ha diagnosticado o tratado o estas enfermedades. Es decir, para cada enfermedad marca una de las dos opciones del Sí, o bien No si no tienes ninguna de las enfermedades en cuestión

### 13. ENFERMADADES CARDIOVASCULARES \*

	<b>SÍ</b> - Percepción propia	<b>SÍ</b> - Diagnóstico médico	<b>NO</b> enfermedad
Hipertensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coronariopatía: Dolor torácico durante el ejercicio, angina de pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombosis coronaria, infarto de miocardio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras alteraciones cardiovasculares: palpitaciones, varices, hinchazón de piernas, otras...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. En el caso de otras alteraciones, describa cuál y qué tipo de enfermedad

En las siguientes listas, indica tus enfermedades o lesiones. Indica también si un médico te ha diagnosticado o tratado o estas enfermedades. Es decir, para cada enfermedad marca una de las dos opciones del Sí, o bien No si no tienes ninguna de las enfermedades en cuestión

### 15. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS \*

	<b>SÍ</b> - Percepción propia	<b>SÍ</b> - Diagnóstico médico	<b>NO</b> enfermedad
Infecciones repetidas del tracto respiratorio. También amigdalitis, sinusitis aguda, bronquitis aguda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronquitis crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinusitis crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma bronquial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberculosis pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras alteraciones respiratorias: tos, expectoración, sibilantes... otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. En el caso de otras alteraciones, describa cuál y qué tipo de enfermedad

En las siguientes listas, indica tus enfermedades o lesiones. Indica también si un médico te ha diagnosticado o tratado o estas enfermedades. Es decir, para cada enfermedad marca una de las dos opciones del Sí, o bien No si no tienes ninguna de las enfermedades en cuestión

### 17. ENFERMEDADES MENTALES \*

	<b>SÍ</b> - Percepción propia	<b>SÍ</b> - Diagnóstico médico	<b>NO</b> enfermedad
Enfermedad mental o problema de salud mental grave (p.e. depresión grave)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastornos mentales leves (p.e. depresión leve, ansiedad, tensión, insomnio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En las siguientes listas, indica tus enfermedades o lesiones. Indica también si un médico te ha diagnosticado o tratado o estas enfermedades. Es decir, para cada enfermedad marca una de las dos opciones del Sí, o bien No si no tienes ninguna de las enfermedades en cuestión

### 18. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Y SENSORIALES \*

	<b>SÍ</b> - Percepción propia	<b>SÍ</b> - Diagnóstico médico	<b>NO</b> enfermedad
Problemas o lesiones auditivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas o lesiones visuales. También otros problemas de refracción: miopía, astigmatismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades neurológicas (p.e. apoplejía o AVC, migraña, neuralgia o epilepsia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras enfermedades neurológicas o sensoriales: problemas importantes de memoria y concentración, otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. En el caso de otras alteraciones, describa cuál y qué tipo de enfermedad



En las siguientes listas, indica tus enfermedades o lesiones. Indica también si un médico te ha diagnosticado o tratado o estas enfermedades. Es decir, para cada enfermedad marca una de las dos opciones del Sí, o bien No si no tienes ninguna de las enfermedades en cuestión

## 20. ENFERMEDADES DIGESTIVAS \*

	<b>SÍ</b> - Percepción propia	<b>SÍ</b> - Diagnóstico médico	<b>NO</b> enfermedad
Colettltlasis: piedras en la vesícula biliar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades del hígado o del pancreas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úlcera duodenal o gástrica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colon irritable. Colitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras alteraciones digestivas: dolor, acidez, deposiciones negras o con sangres, otras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. En el caso de otras alteraciones, describa cuál y qué tipo de enfermedad

En las siguientes listas, indica tus enfermedades o lesiones. Indica también si un médico te ha diagnosticado o tratado o estas enfermedades. Es decir, para cada enfermedad marca una de las dos opciones del Sí, o bien No si no tienes ninguna de las enfermedades en cuestión

## 22. ENFERMEDADES GENITOURINARIES \*

	<b>SÍ</b> - Percepción propia	<b>SÍ</b> - Diagnóstico médico	<b>NO</b> enfermedad
Infección del trato urinario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alteración renal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas genitales (pe.e infección de la trompa de Falopio en mujeres o prostatitis en hombres)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras alteraciones genitourinarias: molestias al orinar, disminución del chorro miccional en hombres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. En el caso de otras alteraciones, describa cuál y qué tipo de enfermedad

En las siguientes listas, indica tus enfermedades o lesiones. Indica también si un médico te ha diagnosticado o tratado o estas enfermedades. Es decir, para cada enfermedad marca una de las dos opciones del Sí, o bien No si no tienes ninguna de las enfermedades en cuestión

## 24. ENFERMEDADES DE LA PIEL \*

	<b>SÍ</b> - Percepción propia	<b>SÍ</b> - Diagnóstico médico	<b>NO</b> enfermedad
Erupción alérgica/ eccema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras erupciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras alteraciones de la piel: ¿alguna peca o mancha ha cambiado de aspecto? ¿otras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Problemas con guantes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. En el caso de otras alteraciones o problemas con guantes, describa cuales y qué tipo de enfermedad

En las siguientes listas, indica tus enfermedades o lesiones. Indica también si un médico te ha diagnosticado o tratado o estas enfermedades. Es decir, para cada enfermedad marca una de las dos opciones del Sí, o bien No si no tienes ninguna de las enfermedades en cuestión

**26. TUMORES \***

	<b>SÍ</b> - Percepción propia	<b>SÍ</b> - Diagnóstico médico	<b>NO</b> enfermedad
Tumores benignos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumores malignos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. En el caso de tumores malignos, por favor indique cuál

En las siguientes listas, indica tus enfermedades o lesiones. Indica también si un médico te ha diagnosticado o tratado o estas enfermedades. Es decir, para cada enfermedad marca una de las dos opciones del Sí, o bien No si no tienes ninguna de las enfermedades en cuestión

## 28. ENFERMEDADES METABÓLICAS O ENDOCRINAS \*

	<b>SÍ</b> - Percepción propia	<b>SÍ</b> - Diagnóstico médico	<b>NO</b> enfermedad
Obesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bocio o otras alteraciones de tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras alteraciones endocrinas o metabólicas: aumento o disminución del peso, del apetito o de la sed...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. En el caso de otras alteraciones, describa cuál y qué tipo de enfermedad

En las siguientes listas, indica tus enfermedades o lesiones. Indica también si un médico te ha diagnosticado o tratado o estas enfermedades. Es decir, para cada enfermedad marca una de las dos opciones del Sí, o bien No si no tienes ninguna de las enfermedades en cuestión

### 30. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS \*

	<b>SÍ</b> - Percepción propia	<b>SÍ</b> - Diagnóstico médico	<b>NO</b> enfermedad
Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras alteraciones de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. ¿Alteraciones de la sangre? Indique cuáles:

32. Tu lesión o enfermedad, ¿supone algún impedimento para tu trabajo habitual? Marca, si es necesario, más de una alternativa \*

- No supone ningún impedimento / No padezco ninguna enfermedad.
- Soy capaz de realizar mi trabajo, pero tengo algunos síntomas.
- A veces tengo que bajar el ritmo de trabajo o cambiar mis métodos de trabajo.
- Frecuentemente tengo que bajar el ritmo de trabajo durante un tiempo o cambiar métodos de trabajo.
- A causa de la enfermedad, solo me siento capaz de trabajar media jornada laboral.
- Según mi parecer, estoy completamente incapacitado para hacer mi trabajo.

33. ¿Cuántos días enteros has estado fuera del trabajo por un problema de salud (convaleciente por enfermedad, o exploraciones) durante los últimos 12 meses? \*

- Ninguno
- Hasta 9 días
- De 10 a 24 días
- De 25 a 99 días
- De 100 a 365 días

34. Desde el punto de vista de tu salud ¿piensas que serás capaz de seguir con tu trabajo actual desde ahora hasta dentro de 2 años? \*

- Lo considero improbable
- Lo considero dudoso
- Creo que sí

35. Últimamente, ¿has sido capaz de disfrutar de tus actividades habituales? \*

- Siempre
- Con frecuencia
- A veces
- Raras veces
- Nunca

36. Últimamente, ¿te sientes activo/a y alerta? \*

- Siempre
- Con frecuencia
- A veces
- Raras veces
- Nunca

37. Últimamente, ¿te sientes lleno/a de esperanza hacia el futuro? \*

- Siempre
- Con frecuencia
- A veces
- Raras veces
- Nunca



38. ¿Realiza algún tipo de actividad física habitual? (mínimo 1 día por semana) (excluida la actividad física del trabajo) \*

Sí

No

39. ¿Fuma habitualmente más de 10 cigarrillos al día? \*

Sí

No

40. ¿Fuma habitualmente más de 20 cigarrillos al día? \*

Sí

No

41. Si fuma, ¿ha intentado alguna vez dejar de fumar? \*

Sí

No

42. ¿Acostumbra a beber más de 2 copas de vino (o equivalente) al día? \*

Sí

No

43. ¿Ha de seguir alguna dieta especial? \*

Sí

No

44. En el caso que tenga que seguir una dieta especial, especifique el motivo:

45. ¿Cuándo se hizo por última vez un análisis de sangre? \*

- Hace menos de 3 años
- Hace más de 3 años
- Hace más de 10 años
- No lo recuerdo

46. Si eres mujer; ¿Cuándo se hizo la última revisión ginecológica? \*

- Hace menos de 3 años
- Hace más de 3 años
- No lo recuerdo

47. Si eres hombre mayor de 50 años, ¿le han hecho alguna revisión prostática? \*

- Sí
- No

48. ¿Se suele realizar algún examen médico general de manera preventiva? \*

- Sí
- No