

Evaluación De Riesgos Musculo-Esqueléticos presentes en el Sector de Naturopatía
Cuestionario Nórdico de Kuorinka estandarizado para la detección y análisis de síntomas músculo-esqueléticos

“Este cuestionario es anónimo y nada en él puede informar qué persona en específico ha respondido cuál formulario”. Toda la información aquí recopilada será usada para fines de la investigación de posibles factores que causan Trastornos Musculoesqueléticos (TME) en el trabajo.

DATOS GENERALES

Edad _____ Sexo F___ M___

Talla _____ (cm). Peso _____ (Kg)

Tiempo en el puesto (Antigüedad): _____ Años _____ Meses

Zurdo ___ Derecho ___ Ambidextro ___

Fuma: SI ___ NO ___

1. ¿Ha tenido molestias en ...?

CUELLO	HOMBRO	DORSO LUMBAR	CODO O ANTEBRAZO	MUÑECA O MANO
SI ___	SI ___ IZDO ___	SI ___	SI ___ IZDO ___	SI ___ IZDO ___
NO ___	NO ___ DCHO ___	NO ___	DCHO ___	DCHO ___
			NO ___ AMBOS ___	NO ___ AMBOS ___

• Si ha contestado que NO a la pregunta 1, no conteste más y entregue la encuesta

2. ¿Desde hace cuánto tiempo?

CUELLO	HOMBRO	DORSO LUMBAR	CODO O ANTEBRAZO	MUÑECA O MANO

3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

CUELLO	HOMBRO	DORSO LUMBAR	CODO O ANTEBRAZO	MUÑECA O MANO
SI ___ NO ___	SI ___ NO ___			

4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

CUELLO	HOMBRO	DORSO LUMBAR	CODO O ANTEBRAZO	MUÑECA O MANO
SI ___ NO ___	SI ___ NO ___			

• Si ha contestado que NO a la pregunta 4, no conteste más y entregue la encuesta

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

CUELLO	HOMBRO	DORSO LUMBAR	CODO O ANTEBRAZO	MUÑECA O MANO
1 – 7 días ___				
8-30 días ___				
>30 días, no seguidos ___				
Siempre ___				

Con la financiación de:



Entidades Solicitantes:



Ejecutante:



6. ¿Cuánto dura cada episodio?

CUELLO	HOMBRO	DORSO LUMBAR	CODO O ANTEBRAZO	MUÑECA O MANO
< 1 hora ____				
1-24 horas ____				
1-7 días ____				
1-4 semanas ____				
> 1 mes ____				

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?

CUELLO	HOMBRO	DORSO LUMBAR	CODO O ANTEBRAZO	MUÑECA O MANO
0 día ____				
1-7 días ____				
1-4 semanas ____				
> 1 mes ____				

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?

CUELLO	HOMBRO	DORSO LUMBAR	CODO O ANTEBRAZO	MUÑECA O MANO
SI ____ NO ____	SI ____ NO ____			

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?

CUELLO	HOMBRO	DORSO LUMBAR	CODO O ANTEBRAZO	MUÑECA O MANO
SI ____ NO ____	SI ____ NO ____			

10. Póngale nota a sus molestias entre 0 (Sin Molestias) y 5 (Molestias muy Fuertes)

CUELLO	HOMBRO	DORSO LUMBAR	CODO O ANTEBRAZO	MUÑECA O MANO
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5

11. ¿A qué atribuye estas molestias? ¿Manipulación de cargas, Movimientos repetitivos...?

CUELLO	HOMBRO	DORSO LUMBAR	CODO O ANTEBRAZO	MUÑECA O MANO

* Muchas Gracias por su Cooperación.

Con la financiación de:



Entidades Solicitantes:



Ejecutante:

