

# Cuestionario Nórdico de Síntomas Musculo-Tendinosos

El siguiente cuestionario tiene como finalidad, recopilar información sobre dolor, fatiga y disconfort en distintas zonas corporales en los trabajadores operativos de una empresa de salud visual.

Este cuestionario es anónimo y netamente académico y nada en él puede informar qué persona ha respondido el formulario.

La información recopilada será usada para fines de la investigación del proyecto de grado del estudiante de Administración en Salud Ocupacional Andres Felipe Calderon Hernandez, sobre los posibles factores que causan dolores musculo esqueléticos y articulares en el trabajo.

**\*Obligatorio**

## 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO \*

Autorizo el tratamiento de los datos diligenciados en la presente encuesta con fines exclusivamente académicos para el análisis sobre dolor, fatiga y disconfort en distintas zonas corporales en los trabajadores operativos de una empresa de salud visual. La veracidad de la información recolectada permitirá la efectividad de su aplicación de conformidad con las políticas de privacidad vigentes. Se entiende por tratamiento de datos, la facultad que tendrá el creador de la encuesta de almacenar, compartir, utilizar, procesar, recolectar, divulgar, transferir y transmitir, toda la información recolectada para fines de estudio y análisis sobre dolor, fatiga y disconfort en las diferentes zonas corporales de los trabajadores operativos de una empresa de salud visual.

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

## Datos Personales

### 2. Nombres y Apellidos \*

---

### 3. Documento de Identidad \*

---

4. Edad (solo números) \*

---

5. Genero \*

*Marca solo un óvalo.*

Mujer

Hombre

Otro: \_\_\_\_\_

6. Cargo \*

*Marca solo un óvalo.*

Optómetra

Oftalmólogo

Auxiliar de enfermería

Auxiliar de consultorio

Otro

Cuestionario

7. 1. ¿Ha tenido molestias en el cuello? \*



*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No

8. 2. ¿Ha tenido molestias en el hombro? \*



Marca solo un óvalo.

- Derecho
- Izquierdo
- Ambos
- Ninguno

9. 3. ¿Ha tenido molestias dorsales o lumbares? \*



Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

10. 4. ¿Ha tenido molestias en codo o antebrazo? \*



Marca solo un óvalo.

- Derecho
- Izquierdo
- Ambos
- Ninguno

11. 5. ¿Ha tenido molestias en muñeca o mano? \*



Marca solo un óvalo.

- Derecha
- Izquierda
- Ambas
- Ninguna

12. 6. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo, debido a las molestias en el cuello? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

13. 7. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo, debido a las molestias en los hombros? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

14. 8. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo, debido a las molestias dorsales o lumbares? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

15. 9. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo, debido a las molestias en los codos o antebrazos? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

16. 10. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo, debido a las molestias en las muñecas o manos? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

17. 11. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

*Selecciona todos los que correspondan.*

Cuello

Hombros

Dorsal o lumbar

Codos o antebrazos

Muñecas o manos

No ha tenido molestias

18. 12. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en el cuello, en los últimos 12 meses? \*

*Marca solo un óvalo.*

1-7 días

8-30 días

Más de 30 días, no seguidos

Siempre

Nunca

19. 13. ¿Cuánto dura cada episodio de las molestias en el cuello? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Menos de 1 hora
- 1 a 24 horas
- 1 a 7 días
- 1 a 4 semanas
- Mas de 1 mes
- Nunca

20. 14. ¿ Cuanto tiempo estas molestias en el cuello le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 0 días
- 1 a 7 días
- 1 a 4 semanas
- Mas de 1 mes

21. 15. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los hombros, en los últimos 12 meses? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1-7 días
- 8-30 días
- Más de 30 días, no seguidos
- Siempre
- Nunca



22. 16. ¿Cuánto dura cada episodio de las molestias en los hombros? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Menos de 1 hora
- 1 a 24 horas
- 1 a 7 días
- 1 a 4 semanas
- Mas de 1 mes
- Nunca

23. 17. ¿ Cuanto tiempo estas molestias en los hombros le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 0 días
- 1 a 7 días
- 1 a 4 semanas
- Mas de 1 mes

24. 18. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias dorsales o lumbares, en los últimos 12 meses? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1-7 días
- 8-30 días
- Más de 30 días, no seguidos
- Siempre
- Nunca

25. 19. ¿Cuánto dura cada episodio de las molestias dorsales o lumbares? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Menos de 1 hora
- 1 a 24 horas
- 1 a 7 días
- 1 a 4 semanas
- Mas de 1 mes
- Nunca

26. 20. ¿ Cuanto tiempo estas molestias en la zona lumbar o dorsal le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 0 días
- 1 a 7 días
- 1 a 4 semanas
- Mas de 1 mes

27. 21. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los codos o antebrazos, en los últimos 12 meses? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1-7 días
- 8-30 días
- Más de 30 días, no seguidos
- Siempre
- Nunca

28. 22. ¿Cuánto dura cada episodio de las molestias en los codos o antebrazos? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Menos de 1 hora
- 1 a 24 horas
- 1 a 7 días
- 1 a 4 semanas
- Mas de 1 mes
- Nunca

29. 23. ¿ Cuanto tiempo estas molestias en los codos o antebrazos le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 0 días
- 1 a 7 días
- 1 a 4 semanas
- Mas de 1 mes

30. 24. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en las muñecas o manos, en los últimos 12 meses? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1-7 días
- 8-30 días
- Más de 30 días, no seguidos
- Siempre
- Nunca

31. 25. ¿Cuánto dura cada episodio de las molestias en las muñecas o manos? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Menos de 1 hora
- 1 a 24 horas
- 1 a 7 días
- 1 a 4 semanas
- Mas de 1 mes
- Nunca

32. 26. ¿ Cuanto tiempo estas molestias en las muñecas o manos le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 0 días
- 1 a 7 días
- 1 a 4 semanas
- Mas de 1 mes

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

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Cuello
- Hombros
- Dorsal o lumbar
- Codos o antebrazos
- Muñecas o manos
- No ha recibido tratamiento
- No aplica

34. 28. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Cuello
- Hombros
- Dorsal o lumbar
- Codos o antebrazos
- Muñecas o manos
- No ha presentado molestias
- No aplica

35. 29. Póngale nota a sus molestias en el cuello, entre 1 ( sin molestias) y 5 ( molestias muy fuertes) \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

36. 30. Póngale nota a sus molestias en los hombros, entre 1 ( sin molestias) y 5 ( molestias muy fuertes) \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

37. 31. Póngale nota a sus molestias dorsales o lumbares, entre 1 ( sin molestias) y 5 ( molestias muy fuertes) \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

38. 32. Póngale nota a sus molestias en codos o brazos, entre 1 ( sin molestias) y 5 ( molestias muy fuertes) \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

39. 33. Póngale nota a sus molestias en muñecas o manos, entre 1 ( sin molestias) y 5 ( molestias muy fuertes) \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

40. 34. En general, ¿ a qué le puede atribuir estas molestias? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Puesto de trabajo
  - Jornada de trabajo sin descanso
  - Factores individuales (enfermedades de base)
  - Condiciones Ambientales (Frío extremo)
  - Actividades rutinarias
  - Otro: \_\_\_\_\_
- 

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios