



Protocolo de intervención para la prevención  
de los desórdenes músculo esqueléticos

## SIN-DME CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS

El cuestionario de sintomatología SIN-DME, es una prueba tamiz que tiene como objetivo recolectar información sobre la presencia de síntomas relacionados con Desórdenes Músculo Esqueléticos en la población trabajadora de una empresa u organización productiva.

El cuestionario se divide en cuatro dominios:

**a. Información personal.**

En la cual se recolecta información del trabajador y el cargo ocupado.

**b. Hábitos.**

Se indaga sobre los hábitos individuales: consumo de tabaco y actividad física.

**c. Trabajo.**

Tiene como finalidad identificar la exposición laboral a posibles eventos generadores de DME.

**d. Estado de salud.**

Se utiliza un gráfico que permite a través de la codificación visual, identificar las zonas del cuerpo donde se presentan diferentes síntomas asociados con DME. Se le pide al trabajador que IDENTIFIQUE la parte del cuerpo en donde ha presentado dolor o molestias. Luego se pregunta sobre la duración del mismo y sobre la intensidad del tipo de dolor identificado, finalmente se indaga sobre la interferencia de los síntomas en las actividades desarrolladas por el trabajador.



Protocolo de intervención para la prevención de los desórdenes músculo esqueléticos

**SIN-DME Cuestionario de Síntomas Músculo Esqueléticos**

DATOS EMPRESA		
Fecha	Departamento	Municipio/Ciudad
Razón Social		NIT

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombres		Apellidos	
Número de identificación	Sexo	Peso (Kg)	Estatura (cm)
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
¿Usted es?	Edad	Área o Dependencia	
<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos	Años		
Su cargo actual es		Antigüedad en el cargo	
		Años	Meses

HÁBITOS			
Fuma		¿Cuántos cigarrillos día?	¿Hace cuánto tiempo fuma?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Realiza actividad física?	Frecuencia		Duración
<input type="checkbox"/> Sí	Diario <input type="checkbox"/>	Tres veces a la semana <input type="checkbox"/>	15 min <input type="checkbox"/> 1 hora <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No	Dos veces a la semana <input type="checkbox"/>	Fines de semana <input type="checkbox"/>	30 min <input type="checkbox"/> Más de 1 hora <input type="checkbox"/>
¿Cuál?			

SU TRABAJO			
¿Cuál es su jornada de trabajo?			
<input type="radio"/> 0H - 1H	<input type="radio"/> 2H - 4H	<input type="radio"/> 8H	<input type="radio"/> Otro.
<input type="radio"/> 1H - 2H	<input type="radio"/> 4H - 6H	<input type="radio"/> 12H	
¿La duración semanal de la jornada es variable?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Explique:			
¿Cuántas horas trabaja por día?			

SU ESTADO DE SALUD	
¿Durante los últimos 7 días ha presentado dolor, molestias o incomfort en alguna parte del cuerpo?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Durante los últimos 7 días, Usted ha presentado alguna enfermedad?	¿Cuál?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Observaciones**

---



---



---



---



---



---








---


**Cuestionario de Síntomas Músculo Esqueléticos**


**EVALUACIÓN CONDICIONES DE SALUD MÚSCULO ESQUELÉTICA ACTUAL**


De acuerdo a las partes del cuerpo que identifica en cada gráfico, seleccione los lugares donde Usted presenta molestias:

 <p><b>NUCA CUELLO</b></p>	<b>1. Tengo molestias en el Cuello</b>											
	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo	<input type="checkbox"/> Lado derecho	<input type="checkbox"/> Ambos									
	3. Los síntomas se presentan cuando:		<input type="checkbox"/> Al realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/> Al final del día	<input type="checkbox"/> En mi casa	<input type="checkbox"/> Todo el tiempo	<input type="checkbox"/> Al final de la semana					
	2. Generalmente se presentan como:		<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Malestar	<input type="checkbox"/> Adormecimiento						
	4. Los tengo desde hace:		<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 1 mes	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses				
	5. Permanecen por:		<input type="checkbox"/> Menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> De 1 a 7 días	<input type="checkbox"/> De 8 a 30 días	<input type="checkbox"/> De manera permanente			<input type="checkbox"/> De manera intermitente			
	6. Si presenta DOLOR seleccione a continuación la INTENSIDAD del mismo: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10											
	7. Si usted experimentó molestias, dolor ¿Qué tan incómodo era esto?			Nada <input type="checkbox"/>		Un poco incómodo <input type="checkbox"/>		Moderadamente incómodo <input type="checkbox"/>		Muy incómodo <input type="checkbox"/>		
8. Si usted experimentó dolor, ¿Cuánto interfirió con su habilidad para trabajar?			<input type="checkbox"/> No, en absoluto		<input type="checkbox"/> Poca interferencia		<input type="checkbox"/> Interfiere sustancialmente					
 <p><b>HOMBRO</b></p>	<b>1. Tengo molestias en el Hombro</b>											
	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo	<input type="checkbox"/> Lado derecho	<input type="checkbox"/> Ambos									
	3. Los síntomas se presentan cuando:		<input type="checkbox"/> Al realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/> Al final del día	<input type="checkbox"/> En mi casa	<input type="checkbox"/> Todo el tiempo	<input type="checkbox"/> Al final de la semana					
	2. Generalmente se presentan como:		<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Malestar	<input type="checkbox"/> Adormecimiento						
	4. Los tengo desde hace:		<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 1 mes	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses				
	5. Permanecen por:		<input type="checkbox"/> Menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> De 1 a 7 días	<input type="checkbox"/> De 8 a 30 días	<input type="checkbox"/> De manera permanente			<input type="checkbox"/> De manera intermitente			
	6. Si presenta DOLOR seleccione a continuación la INTENSIDAD del mismo: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10											
	7. Si usted experimentó molestias, dolor ¿Qué tan incómodo era esto?			Nada <input type="checkbox"/>		Un poco incómodo <input type="checkbox"/>		Moderadamente incómodo <input type="checkbox"/>		Muy incómodo <input type="checkbox"/>		
8. Si usted experimentó dolor, ¿Cuánto interfirió con su habilidad para trabajar?			<input type="checkbox"/> No, en absoluto		<input type="checkbox"/> Poca interferencia		<input type="checkbox"/> Interfiere sustancialmente					
 <p><b>BRAZO</b></p>	<b>1. Tengo molestias en el Brazo</b>											
	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo	<input type="checkbox"/> Lado derecho	<input type="checkbox"/> Ambos									
	3. Los síntomas se presentan cuando:		<input type="checkbox"/> Al realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/> Al final del día	<input type="checkbox"/> En mi casa	<input type="checkbox"/> Todo el tiempo	<input type="checkbox"/> Al final de la semana					
	2. Generalmente se presentan como:		<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Malestar	<input type="checkbox"/> Adormecimiento						
	4. Los tengo desde hace:		<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 1 mes	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses				
	5. Permanecen por:		<input type="checkbox"/> Menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> De 1 a 7 días	<input type="checkbox"/> De 8 a 30 días	<input type="checkbox"/> De manera permanente			<input type="checkbox"/> De manera intermitente			
	6. Si presenta DOLOR seleccione a continuación la INTENSIDAD del mismo: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10											
	7. Si usted experimentó molestias, dolor ¿Qué tan incómodo era esto?			Nada <input type="checkbox"/>		Un poco incómodo <input type="checkbox"/>		Moderadamente incómodo <input type="checkbox"/>		Muy incómodo <input type="checkbox"/>		
8. Si usted experimentó dolor, ¿Cuánto interfirió con su habilidad para trabajar?			<input type="checkbox"/> No, en absoluto		<input type="checkbox"/> Poca interferencia		<input type="checkbox"/> Interfiere sustancialmente					
 <p><b>CODO</b></p>	<b>1. Tengo molestias en el Codo</b>											
	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo	<input type="checkbox"/> Lado derecho	<input type="checkbox"/> Ambos									
	3. Los síntomas se presentan cuando:		<input type="checkbox"/> Al realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/> Al final del día	<input type="checkbox"/> En mi casa	<input type="checkbox"/> Todo el tiempo	<input type="checkbox"/> Al final de la semana					
	2. Generalmente se presentan como:		<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Malestar	<input type="checkbox"/> Adormecimiento						
	4. Los tengo desde hace:		<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 1 mes	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses				
	5. Permanecen por:		<input type="checkbox"/> Menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> De 1 a 7 días	<input type="checkbox"/> De 8 a 30 días	<input type="checkbox"/> De manera permanente			<input type="checkbox"/> De manera intermitente			
	6. Si presenta DOLOR seleccione a continuación la INTENSIDAD del mismo: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10											
	7. Si usted experimentó molestias, dolor ¿Qué tan incómodo era esto?			Nada <input type="checkbox"/>		Un poco incómodo <input type="checkbox"/>		Moderadamente incómodo <input type="checkbox"/>		Muy incómodo <input type="checkbox"/>		
8. Si usted experimentó dolor, ¿Cuánto interfirió con su habilidad para trabajar?			<input type="checkbox"/> No, en absoluto		<input type="checkbox"/> Poca interferencia		<input type="checkbox"/> Interfiere sustancialmente					

 <p><b>ANTEBRAZO</b></p>	<b>1.Tengo molestias en el Antebrazo</b>										
	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo	<input type="checkbox"/> Lado derecho	<input type="checkbox"/> Ambos								
	3. Los síntomas se presentan cuando:		<input type="checkbox"/> Al realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/> Al final del día	<input type="checkbox"/> En mi casa	<input type="checkbox"/> Todo el tiempo	<input type="checkbox"/> Al final de la semana				
	2. Generalmente se presentan como:		<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Malestar	<input type="checkbox"/> Adormecimiento					
	4. Los tengo desde hace:		<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 1 mes	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses			
	5. Permanecen por:		<input type="checkbox"/> Menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> De 1 a 7 días	<input type="checkbox"/> De 8 a 30 días	<input type="checkbox"/> De manera permanente		<input type="checkbox"/> De manera intermitente			
	6. Si presenta DOLOR seleccione a continuación la INTENSIDAD del mismo:      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10										
	7. Si usted experimentó molestias, dolor ¿Qué tan incómodo era esto?			Nada <input type="checkbox"/>		Un poco incómodo <input type="checkbox"/>		Moderadamente incómodo <input type="checkbox"/>		Muy incómodo <input type="checkbox"/>	
8. Si usted experimentó dolor, ¿Cuánto interfirió con su habilidad para trabajar?			<input type="checkbox"/> No, en absoluto		<input type="checkbox"/> Poca interferencia		<input type="checkbox"/> Interfiere sustancialmente				

 <p><b>MUÑECA</b></p>	<b>1.Tengo molestias en la Muñeca</b>										
	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo	<input type="checkbox"/> Lado derecho	<input type="checkbox"/> Ambos								
	3. Los síntomas se presentan cuando:		<input type="checkbox"/> Al realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/> Al final del día	<input type="checkbox"/> En mi casa	<input type="checkbox"/> Todo el tiempo	<input type="checkbox"/> Al final de la semana				
	2. Generalmente se presentan como:		<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Malestar	<input type="checkbox"/> Adormecimiento					
	4. Los tengo desde hace:		<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 1 mes	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses			
	5. Permanecen por:		<input type="checkbox"/> Menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> De 1 a 7 días	<input type="checkbox"/> De 8 a 30 días	<input type="checkbox"/> De manera permanente		<input type="checkbox"/> De manera intermitente			
	6. Si presenta DOLOR seleccione a continuación la INTENSIDAD del mismo:      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10										
	7. Si usted experimentó molestias, dolor ¿Qué tan incómodo era esto?			Nada <input type="checkbox"/>		Un poco incómodo <input type="checkbox"/>		Moderadamente incómodo <input type="checkbox"/>		Muy incómodo <input type="checkbox"/>	
8. Si usted experimentó dolor, ¿Cuánto interfirió con su habilidad para trabajar?			<input type="checkbox"/> No, en absoluto		<input type="checkbox"/> Poca interferencia		<input type="checkbox"/> Interfiere sustancialmente				

 <p><b>MANO</b></p>	<b>1.Tengo molestias en la Mano</b>										
	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo	<input type="checkbox"/> Lado derecho	<input type="checkbox"/> Ambos								
	3. Los síntomas se presentan cuando:		<input type="checkbox"/> Al realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/> Al final del día	<input type="checkbox"/> En mi casa	<input type="checkbox"/> Todo el tiempo	<input type="checkbox"/> Al final de la semana				
	2. Generalmente se presentan como:		<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Malestar	<input type="checkbox"/> Adormecimiento					
	4. Los tengo desde hace:		<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 1 mes	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses			
	5. Permanecen por:		<input type="checkbox"/> Menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> De 1 a 7 días	<input type="checkbox"/> De 8 a 30 días	<input type="checkbox"/> De manera permanente		<input type="checkbox"/> De manera intermitente			
	6. Si presenta DOLOR seleccione a continuación la INTENSIDAD del mismo:      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10										
	7. Si usted experimentó molestias, dolor ¿Qué tan incómodo era esto?			Nada <input type="checkbox"/>		Un poco incómodo <input type="checkbox"/>		Moderadamente incómodo <input type="checkbox"/>		Muy incómodo <input type="checkbox"/>	
8. Si usted experimentó dolor, ¿Cuánto interfirió con su habilidad para trabajar?			<input type="checkbox"/> No, en absoluto		<input type="checkbox"/> Poca interferencia		<input type="checkbox"/> Interfiere sustancialmente				

 <p><b>DEDOS</b></p>	<b>1.Tengo molestias en los Dedos</b>										
	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo	<input type="checkbox"/> Lado derecho	<input type="checkbox"/> Ambos								
	3. Los síntomas se presentan cuando:		<input type="checkbox"/> Al realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/> Al final del día	<input type="checkbox"/> En mi casa	<input type="checkbox"/> Todo el tiempo	<input type="checkbox"/> Al final de la semana				
	2. Generalmente se presentan como:		<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Malestar	<input type="checkbox"/> Adormecimiento					
	4. Los tengo desde hace:		<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 1 mes	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses			
	5. Permanecen por:		<input type="checkbox"/> Menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> De 1 a 7 días	<input type="checkbox"/> De 8 a 30 días	<input type="checkbox"/> De manera permanente		<input type="checkbox"/> De manera intermitente			
	6. Si presenta DOLOR seleccione a continuación la INTENSIDAD del mismo:      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10										
	7. Si usted experimentó molestias, dolor ¿Qué tan incómodo era esto?			Nada <input type="checkbox"/>		Un poco incómodo <input type="checkbox"/>		Moderadamente incómodo <input type="checkbox"/>		Muy incómodo <input type="checkbox"/>	
8. Si usted experimentó dolor, ¿Cuánto interfirió con su habilidad para trabajar?			<input type="checkbox"/> No, en absoluto		<input type="checkbox"/> Poca interferencia		<input type="checkbox"/> Interfiere sustancialmente				

---



---




---





---





---

 <p><b>ESPALDA ALTA</b></p>	<b>1.Tengo molestias en la Espalda alta</b>											
	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo	<input type="checkbox"/> Lado derecho	<input type="checkbox"/> Ambos									
	3. Los síntomas se presentan cuando:		<input type="checkbox"/> Al realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/> Al final del día	<input type="checkbox"/> En mi casa	<input type="checkbox"/> Todo el tiempo		<input type="checkbox"/> Al final de la semana				
	2. Generalmente se presentan como:		<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Malestar		<input type="checkbox"/> Adormecimiento					
	4. Los tengo desde hace:		<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 1 mes	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses				
	5. Permanecen por:		<input type="checkbox"/> Menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> De 1 a 7 días	<input type="checkbox"/> De 8 a 30 días	<input type="checkbox"/> De manera permanente		<input type="checkbox"/> De manera intermitente				
	6. Si presenta DOLOR seleccione a continuación la INTENSIDAD del mismo:      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10											
	7. Si usted experimentó molestias, dolor ¿Qué tan incómodo era esto?			Nada <input type="checkbox"/>		Un poco incómodo <input type="checkbox"/>		Moderadamente incómodo <input type="checkbox"/>		Muy incómodo <input type="checkbox"/>		
	8. Si usted experimentó dolor, ¿Cuánto interfirió con su habilidad para trabajar?			<input type="checkbox"/> No, en absoluto		<input type="checkbox"/> Poca interferencia		<input type="checkbox"/> Interfiere sustancialmente				

 <p><b>ESPALDA BAJA</b></p>	<b>1.Tengo molestias en la Espalda baja</b>											
	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo	<input type="checkbox"/> Lado derecho	<input type="checkbox"/> Ambos									
	3. Los síntomas se presentan cuando:		<input type="checkbox"/> Al realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/> Al final del día	<input type="checkbox"/> En mi casa	<input type="checkbox"/> Todo el tiempo		<input type="checkbox"/> Al final de la semana				
	2. Generalmente se presentan como:		<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Malestar		<input type="checkbox"/> Adormecimiento					
	4. Los tengo desde hace:		<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 1 mes	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses				
	5. Permanecen por:		<input type="checkbox"/> Menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> De 1 a 7 días	<input type="checkbox"/> De 8 a 30 días	<input type="checkbox"/> De manera permanente		<input type="checkbox"/> De manera intermitente				
	6. Si presenta DOLOR seleccione a continuación la INTENSIDAD del mismo:      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10											
	7. Si usted experimentó molestias, dolor ¿Qué tan incómodo era esto?			Nada <input type="checkbox"/>		Un poco incómodo <input type="checkbox"/>		Moderadamente incómodo <input type="checkbox"/>		Muy incómodo <input type="checkbox"/>		
	8. Si usted experimentó dolor, ¿Cuánto interfirió con su habilidad para trabajar?			<input type="checkbox"/> No, en absoluto		<input type="checkbox"/> Poca interferencia		<input type="checkbox"/> Interfiere sustancialmente				

 <p><b>CADERA</b></p>	<b>1.Tengo molestias en la Cadera</b>											
	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo	<input type="checkbox"/> Lado derecho	<input type="checkbox"/> Ambos									
	3. Los síntomas se presentan cuando:		<input type="checkbox"/> Al realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/> Al final del día	<input type="checkbox"/> En mi casa	<input type="checkbox"/> Todo el tiempo		<input type="checkbox"/> Al final de la semana				
	2. Generalmente se presentan como:		<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Malestar		<input type="checkbox"/> Adormecimiento					
	4. Los tengo desde hace:		<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 1 mes	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses				
	5. Permanecen por:		<input type="checkbox"/> Menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> De 1 a 7 días	<input type="checkbox"/> De 8 a 30 días	<input type="checkbox"/> De manera permanente		<input type="checkbox"/> De manera intermitente				
	6. Si presenta DOLOR seleccione a continuación la INTENSIDAD del mismo:      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10											
	7. Si usted experimentó molestias, dolor ¿Qué tan incómodo era esto?			Nada <input type="checkbox"/>		Un poco incómodo <input type="checkbox"/>		Moderadamente incómodo <input type="checkbox"/>		Muy incómodo <input type="checkbox"/>		
	8. Si usted experimentó dolor, ¿Cuánto interfirió con su habilidad para trabajar?			<input type="checkbox"/> No, en absoluto		<input type="checkbox"/> Poca interferencia		<input type="checkbox"/> Interfiere sustancialmente				

 <p><b>MUSLO</b></p>	<b>1.Tengo molestias en el Muslo</b>											
	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo	<input type="checkbox"/> Lado derecho	<input type="checkbox"/> Ambos									
	3. Los síntomas se presentan cuando:		<input type="checkbox"/> Al realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/> Al final del día	<input type="checkbox"/> En mi casa	<input type="checkbox"/> Todo el tiempo		<input type="checkbox"/> Al final de la semana				
	2. Generalmente se presentan como:		<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Malestar		<input type="checkbox"/> Adormecimiento					
	4. Los tengo desde hace:		<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 1 mes	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses				
	5. Permanecen por:		<input type="checkbox"/> Menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> De 1 a 7 días	<input type="checkbox"/> De 8 a 30 días	<input type="checkbox"/> De manera permanente		<input type="checkbox"/> De manera intermitente				
	6. Si presenta DOLOR seleccione a continuación la INTENSIDAD del mismo:      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10											
	7. Si usted experimentó molestias, dolor ¿Qué tan incómodo era esto?			Nada <input type="checkbox"/>		Un poco incómodo <input type="checkbox"/>		Moderadamente incómodo <input type="checkbox"/>		Muy incómodo <input type="checkbox"/>		
	8. Si usted experimentó dolor, ¿Cuánto interfirió con su habilidad para trabajar?			<input type="checkbox"/> No, en absoluto		<input type="checkbox"/> Poca interferencia		<input type="checkbox"/> Interfiere sustancialmente				

	<b>1.Tengo molestias en la Rodilla</b>										
	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo	<input type="checkbox"/> Lado derecho	<input type="checkbox"/> Ambos								



SIN-DME

PIP-DME

SIN-DME

PIP-DME



SIN-DME

PIP-DME

SIN-DME

PIP-DME

SIN-DME

PIP-DME

SIN-DME

---

PIP-DME