

**CUESTIONARIO DE SALUD/
QÜESTIONARI DE SALUT**

POR FAVOR, RELLENE TODOS LOS DATOS/ SI US PLAU OMPLI TOTES LES DADES

NOMBRE/: _____ NOM	APELLIDOS: _____ COGNOMS
Nº Matrícula: _____	EDAD/ EDAT: _____ Fecha/Data: _____
Categoría profesional/ Categoria professional: _____	

- Este cuestionario es confidencial, y será valorado sólo por el equipo de Salud Laboral.
- Una vez contestado, llévalo directamente a Salud Laboral juntamente con el resto de documentación requerida.
- No dudes comentarnos cualquier duda o cuestión.
- Marca con una "X" la respuesta adecuada. Muchas gracias por tu colaboración

- Aquest qüestionari és confidencial i serà valorat només per l'equip de Salut Laboral
- Una vegada emplenat, porta'l directament a Salut Laboral juntament amb La resta de documentació.
- No dubtis a comentar-nos qualsevol dubte o qüestió.
- Marca amb una "X" la resposta escollida. Moltes gràcies per la teva col·laboració

1) Considerando el 10 como capacidad laboral óptima/ Considerem el 10 com a capacitat laboral òptima/ Considerem el 10 com a capacitat laboral òptima.
¿Como puntuarias tu capacidad o habilidad laboral en **general**?/ Com puntuaries la teva capacitat o habilitat laboral en **general**?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
↓									↓

Incapaz totalmente para trabajar
Incapaç totalment per treballar

Capacidad laboral óptima
Capacitat laboral òptima

2.1) ¿Cómo valoras tu capacidad habitual respecto a las demandas **físicas** del trabajo?/
Com valores la teva capacitat habitual respecte a les demandes **físiques** del treball?
(marca con una "x" la casilla correspondiente)/ (marca amb una creu la casella corresponent)

Muy buena	<input type="checkbox"/>	Molt Bona
Bastante buena	<input type="checkbox"/>	Bastant bé
Aceptable	<input type="checkbox"/>	Acceptable
Bastante Mala	<input type="checkbox"/>	Bastant Malament
Muy Mala	<input type="checkbox"/>	Molt Malament

2.2) ¿Cómo valoras tu capacidad laboral habitual respecto a las demandas **mentales** del trabajo? (marca con una "x" la casilla correspondiente)

Com valors la teva capacitat laboral habitual respecte a les demandes **mentals** del treball? (marca amb una creu la casella corresponent)

Muy buena	<input type="checkbox"/>	Molt Bona
Bastante buena	<input type="checkbox"/>	Bastant bé
Aceptable	<input type="checkbox"/>	Acceptable
Bastante Mala	<input type="checkbox"/>	Bastant Malament
Muy Mala	<input type="checkbox"/>	Molt Malament

3) En las siguientes listas, indica tus enfermedades o lesiones. Indica también si un médico te ha diagnosticado o tratado estas enfermedades. Es decir, para cada enfermedad marca con una "x" **una de las dos opciones del SI**, o **NO**, si no tienes ninguna de las enfermedades en cuestión.

En les següents llistes, indica les teves malalties o lesions. Indica també si un metge t'ha diagnosticat o tractat aquestes malalties. És a dir, per a cada malaltia marca amb una creu **una de les dues opcions del SI**, o **NO**, si no tens cap malaltia en qüestió.

Lesiones por accidentes/ Lesions per accidents	SI		NO
	Percepción propia/ Percepció pròpia	Diagnóstico médico/ diagnòstic mèdic	NO enfermedad/ NO malaltia
Espalda/ Esquena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brazo / mano/ braç/ ma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierna / pie / cama/ peu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras partes del cuerpo, cuáles y tipo de lesión/ altre parts del cos, quines i tipus de lesió:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Musculoesqueléticas/ Malalties musculoesquelètiques			
Alteraciones de la parte superior de la espalda o de la columna cervical. Episodios repetitivos de dolor. /Alteracions de la part superior de l'esquena o de la columna cervical. Episodis repetitius de dolor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteración de la parte inferior de la espalda. Episodios repetitivos de dolor: columna lumbar./ Alteració de la part inferior de l'esquena. Episodis repetitius de dolor: columna lumbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciática: dolor irradiado de la espalda hacia la pierna./ Ciàtica: dolor irradiat de l'esquena cap a la cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones musculoesqueléticas de las extremidades (manos, pies). Episodios repetitivos de dolor./ Alteracions musculoesquelètiques de les extremitats (mans, peus). Episodis repetitius de dolor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumática./ Artritis reumàtica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras alteraciones musculoesqueléticas: dolor en rodillas, caderas, ... otras.Indique cuáles:/Altres alteracions musculoesquelètiques: dolor en genoll, malucs, ... altres?Indiqui quines:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfermedades Cardiovasculares/ Malalties cardiovasculars	<i>Percepción propia/ Percepció pròpia</i>	<i>Diagnóstico médico/ diagnòstic mèdic</i>	NO enfermedad/ NO malaltia
Hipertensión./ Hipertensió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coronariopatia: dolor torácico durante el ejercicio, angina de pecho./ Coronariopatia: dolor toràctic durant l'exercici, angina de pit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombosis coronaria, infarto de miocardio./ Trombosi coronària, infart miocardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca/ Insuficiència cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras alteraciones cardiovasculares: palpitaciones, varices, hinchazón de piernas, ... otras) Indique cuáles: / Altres alteracions cardiovasculars: palpitations, varius, inflor de cames, ... altres) Indiqueu quines:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Respiratorias/ Malalties Respiratòries			
Infecciones repetidas del tracto respiratorio. También amigdalitis, sinusitis aguda, bronquitis aguda./ Infeccions repetides del tracte respiratori. També amigdalitis, sinusitis aguda, bronquitis aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis cronica./ Bronquitis crònica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis cronica./ Sinusitis crònica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma bronquial./ Asma bronquial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emfisema./ Emfisema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis pulmonar./ Tuberculosi pulmonar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras alteraciones respiratorias: tos, expectoración, sibilantes ... otros Indique cuáles: / Altres alteracions respiratòries: tos, expectoració, xiulets ... altres ? Indiqueu quines:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades mentales/ Malalties mentals			
Enfermedad mental o problema de salud mental grave (p.e depresión grave)/ Malaltia mental o problema de salut mental sever (p.e depressió greu).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos mentales leves (p.e depresión leve, ansiedad, tensión, insomnio)/ Trastorns mentals lleus (p.e depressió lleu, ansietat, tensió, insomni).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades neurológicas y sensoriales / Malalties neurològiques i sensorials			
Problemas o lesiones auditivas./ Problemes o lesions auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas o lesiones visuales. También otros problemas de refracción: miopia, astigmatismo .../ Problemes o lesions visuals. També altres problemes de refracció: miopia, astigmatisme ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades neurológicas (p.e apoplejia o AVC, migraña, neuralgia o epilepsia)/ Malalties neurològiques (p.e apoplexia o AVC, migranya, neuràlgia o epilèpsia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades neurológicas o sensoriales: problemas importantes de memoria y concentración ... otros?. Indique cuáles/ Altres malalties neurològiques o sensorials: problemes importants de memòria i concentració ... altres?. Indiqueu quines:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfermedades digestivas/ Malalties digestives	<i>Percepción propia/ Percepció pròpia</i>	<i>Diagnóstico médico/ diagnòstic mèdic</i>	NO enfermedad/ NO malaltia
Colelitiasis: piedras en la vesícula biliar./ Colelitiasi: pedres a la vesícula biliar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del hígado o del páncreas/ Malalties del fetge o del pàncreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera duodenal o gástrica./ Úlcera duodenal o gàstrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastritis irritativa o duodenitis./ Gastritis irritativa o duodenitis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colon irritable. Colitis/ Còlon irritable. Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras alteraciones digestivas: dolor o acidez, deposiciones negras o con sangre ... otras? Indique cuáles: / Altres alteracions digestives: dolor o acidesa, deposicions negres o amb sang ... altres? Indiqueu quines:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Genitourinarias/ Malalties Genitourinàries			
Infección del tracto urinario./ Infecció del tracte urinari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteración renal./ Alteració renal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas genitales (p.e infección de la trompa de Falopio en mujeres o prostatitis en hombres.)/ Problemes genitals (p.e infecció de la trompa de Fal.lopi en dones o prostatitis en homes.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras alteraciones genitourinarias: molestias al orinar, disminución del chorro miccional en hombres, irregularidades menstruales en la mujer ... otras? Indique cuáles: / Altres alteracions genitourinàries: molèsties en orinar, disminució del raig miccional en homes, irregularitats menstruals en la dona ... altres? Indiqueu quines:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la piel/ Problemes de pell			
Erupción alérgica/eccema/ Erupció al.lèrgica/èczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras erupciones. ¿De que tipo? / Altres erupcions. De quin tipus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras alteraciones de la piel: alguna peca o mancha ha cambiado de aspecto, otras? Indique cuáles: / Altres alteracions de la pell: alguna piga o taca ha canviat d'aspecte, altres? Indiqueu quines:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Problemas con guantes? Indique cuáles: / Problemes amb guants? Indiqueu quins:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumores/ Tumors			
Tumores benignos./ Tumors benignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumores malignos. ¿De que tipo? Indique cuáles: / Tumors malignes. De quin tipus? Indiqueu quins:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfermedades metabólicas o endocrinas/ Malalties metabòliques o endocrines	<i>Percepción propia/ Percepció pròpia</i>	<i>Diagnóstico médico/ diagnòstic mèdic</i>	NO enfermedad/ NO malaltia
Obesidad./ Obesitat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diabetes./ Diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bocio o otras alteraciones de tiroides./ Goll o altres alteracions de la tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Otras alteraciones endocrinas o metabólicas: aumento o disminución del peso, del apetito o de la sed, ... ¿Cuáles?/ Altres alteracions endocrines o metabòliques: augment o disminució del pes, de la gana o de la set, ... Quines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades Hematológicas			
Anemia./ Anèmia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Alteraciones de la sangre? Indique cuáles: / Alteracions de la sang? Indiqueu quines:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

4) Tu lesión o enfermedad, ¿supone algún impedimento para tu trabajo habitual?

(marca, si es necesario, más de una alternativa)

La teva lesió o malaltia, suposa algun impediment per al teu treball habitual?

(marca, si és necessari, més d'una alternativa)

4.1 No supone ningún impedimento / No padezco enfermedad No em suposa cap impediment / No pateixo cap malaltia	<input type="checkbox"/>
4.2 Soy capaz de realizar mi trabajo, pero tengo algunos síntomas. Sóc capaç de realitzar el meu treball, però em produeix ímptomes.	<input type="checkbox"/>
4.3 A veces tengo que bajar el ritmo de trabajo o cambiar mis métodos de trabajo. De vegades ha de baixar el ritme de treball o canviar els meus mètodes de treball.	<input type="checkbox"/>
4.4 Frecuentemente tengo que bajar el ritmo de trabajo durante un tiempo o cambiar los métodos de trabajo . Tot sovint he de baixar el ritme de treball durant un període De temps o canvir els mètodes de treball.	<input type="checkbox"/>
4.5 A causa de la enfermedad, solo me siento capaz de trabajar media jornada laboral. A causa de la meva malatia, només em sento capaç de Treballar mitja jornada laboral.	<input type="checkbox"/>
4.6 Según mi parecer, estoy completamente incapacitado para hacer mi trabajo. Segons el meu parer,estic completament incapacitat per al meu treball.	<input type="checkbox"/>

5) ¿Cuántos días enteros has estado fuera del trabajo por un problema de salud (convaleciente por enfermedad, o exploraciones) durante los últimos 12 meses?
 Quants dies sencers has estat fora del treball per culpa d'un problema de salut (convalescent per malaltia, o exploracions) durant els últims 12 mesos?

Ninguno	<input type="checkbox"/>	Cap
Hasta 9 días	<input type="checkbox"/>	Fins a 9 dies
De 10 a 24 días	<input type="checkbox"/>	De 10 a 24 dies
De 25 a 99 días	<input type="checkbox"/>	De 25 a 99 dies
De 100 a 365 días	<input type="checkbox"/>	De 100 a 365 dies

6) 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?
 Des del punt de vista de la teva salut, penses que seràs capaç de seguir amb el teu treball actual des d'ara fins d'aquí a 2 anys?

Lo considero improbable	<input type="checkbox"/>	Ho considero improbable
Lo considero dudoso	<input type="checkbox"/>	Ho considero dubtós
Creo que si	<input type="checkbox"/>	Crec que si

7.1) Últimamente, ¿has sido capaz de disfrutar de tus actividades habituales?
 Últimament, has sigut capaç de gaudir de les teves activitats habituals?

Siempre	<input type="checkbox"/>	Sempre
Con frecuencia	<input type="checkbox"/>	Amb freqüència
A veces	<input type="checkbox"/>	De vegades
Raras Veces	<input type="checkbox"/>	Rares vegades
Nunca	<input type="checkbox"/>	Mai

7.2) Últimamente, ¿te sientes activo/va y alerta?
 Últimament, et sents actiu/va i alerta?

Siempre	<input type="checkbox"/>	Sempre
Con frecuencia	<input type="checkbox"/>	Amb freqüència
A veces	<input type="checkbox"/>	De vegades
Raras Veces	<input type="checkbox"/>	Rares vegades
Nunca	<input type="checkbox"/>	Mai

7.3) Últimamente, ¿te sientes lleno /-a de esperanza hacia el futuro?
Últimament, et sents ple/plena d'esperances cap al futur?

Siempre	<input type="checkbox"/>	Sempre
Con frecuencia	<input type="checkbox"/>	Amb freqüència
A veces	<input type="checkbox"/>	De vegades
Raras Veces	<input type="checkbox"/>	Rares vegades
Nunca	<input type="checkbox"/>	Mai

8) ¿Realiza algún tipo de actividad física habitual ?
(mínimo 1 día por semana)(excluida la actividad física del trabajo).
Realitza algun tipus d'activitat física habitual?
(almenys 1 dia per setmana)(s'exclou l'activitat física en el treball).

SI	NO
-----------	-----------

9) ¿Fuma habitualmente más de 10 cigarrillos cada día?
Fuma habitualment més de 10 cigarrets cada dia.

SI	NO
-----------	-----------

10) ¿Fuma habitualmente más de 20 cigarrillos cada día?
Fuma habitualment més de 20 cigarrets cada dia.

SI	NO
-----------	-----------

11) Si fuma, ¿ha intentado alguna vez dejar de fumar?
Si fuma, ha intentat alguna vegada deixar de fumar?

SI	NO
-----------	-----------

12) ¿Acostumbra a beber más de 2 copes de vino (o equivalente) al día?
Acostuma a beure més de 2 copes de vi (o equivalent) al dia?

SI	NO
-----------	-----------

13) ¿Ha de seguir una dieta especial? / Ha de fer una dieta especial?
Especifique el motivo:/ Especifiqui el motiu:

SI	NO
-----------	-----------

14) ¿Cuándo se hizo por última vez un análisis de sangre? / Quan et van fer l'última anàlisi de sang?

Hace menos de 3 años	<input type="checkbox"/>	Fa menys de 3 anys
Hace más de 3 años	<input type="checkbox"/>	Fa més de 3 anys
Hace más de 10 años	<input type="checkbox"/>	Fa més de 10 anys
No lo recuerdo	<input type="checkbox"/>	No ho recordo

15) Si eres mujer: ¿Cuando se hizo la última revisión ginecológica? / Si ets dona: Quan et van fer l'última revisió ginecològica?

Hace menos de 3 años	<input type="checkbox"/>	Fa menys de 3 anys
Hace más de 3 años	<input type="checkbox"/>	Fa més de 3 anys
No lo recuerdo	<input type="checkbox"/>	No ho recordo

16) Si eres hombre mayor de 50 años, ¿le han hecho alguna revisión prostática?
Si ets home més gran de 50 anys, li han fet alguna revisió prostàtica?

SI

NO

17) ¿Se suele realizar algún examen médico general de manera preventiva?
Et sols realitzar algun examen mèdic general de manera preventiva?

SI

NO

**Para cualquier duda o consulta le recordamos que estamos a su disposición en Salud Laboral,
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
Edificio CCEE, 5ª planta, ala Casanova.
Ext_ 5538 / 5431**

**Per a qualsevol dubte o consulta et recordem que estem a la teva disposició a Salut Laboral,
Servei de Prevenció de Riscos Laborals.
Edifici CCEE, 5ª planta, ala Casanova.
Ext_ 5538 / 5431**

Muchas gracias por su colaboración/ Moltes gràcies per la seva col·laboració

Firme aquí/ Signi aquí

--