



AJUNTAMENT DE VALÈNCIA
REGIDORIA D'Ocupació

CUESTIONARIO DE SALUD

APELLIDOS _____ NOMBRE _____

DOMICILIO _____ POBLACION _____

TELÉFONOS DE CONTACTO _____

PUESTO DE TRABAJO: PEÓN/A DE JARDINERÍA.
"TREBALL CIUTAT DE VALÈNCIA 2012"

RELLENE ESTE CUESTIONARIO CON HECHOS SUCEDIDOS DESDE SU ÚLTIMO RECONOCIMIENTO. ESTA INFORMACIÓN SERVIRÁ DE GUÍA AL MÉDICO Y POSIBILITARÁ HACER MÁS EFECTIVO SU RECONOCIMIENTO.

- | | | |
|---|----|----|
| 1.- ¿Ha sufrido algún accidente laboral? | SI | NO |
| 2.- ¿Considera que en su trabajo hay algún factor perjudicial para su salud?
Indíquelo _____ | SI | NO |
| 3.- ¿Ha padecido alguna patología que reseñar?
¿Cuál? _____ | SI | NO |
| 4.- ¿Se siente enfermo? | SI | NO |
| 5.- ¿Siente un cansancio anormal para su jornada laboral habitual? | SI | NO |
| 6.- ¿Ha perdido peso involuntariamente? | SI | NO |
| 7.- ¿Ha engordado sin justificación aparente? | SI | NO |
| 8.- ¿Siente mayor sensación de sed que la habitual? | SI | NO |
| 9.- ¿Sufre trastornos del sueño como insomnio o somnolencia diurna? | SI | NO |
| 10.- ¿Padece dolores de cabeza con frecuencia? | SI | NO |
| 11.- ¿Tiene problemas oculares?
Cítelos _____ | SI | NO |
| 12.- ¿Tiene dificultad para respirar sin estar resfriado? | SI | NO |
| 13.- ¿Tiene alguna disminución en la audición? | SI | NO |
| 14.- ¿Ha notado algún hinchazón o bulto en cuello, axilas o ingles? | SI | NO |
| 15.- ¿Tiene con frecuencia voz ronca o afónica? | SI | NO |
| 16.- ¿Tiene varices? | SI | NO |
| 17.- ¿Nota hinchazón en pies o tobillos al finalizar el día? | SI | NO |
| 18.- ¿Ídem al levantarse por la mañana? | SI | NO |
| 19.- ¿Se fatiga claramente al subir a pie dos pisos? | SI | NO |
| 20.- ¿Nota dolor u opresión en el pecho al realizar esfuerzos? | SI | NO |
| 21.- ¿Tiene palpitaciones con frecuencia? | SI | NO |
| 22.- ¿Tiene tos con frecuencia? | SI | NO |
| 23.- ¿Expectora con frecuencia? ¿o con sangre? | SI | NO |
| 24.- ¿Ha padecido alguna bronquitis? | SI | NO |
| 25.- ¿Padece hemorroides? | SI | NO |
| 26.- ¿Tiene estreñimiento habitual? | SI | NO |
| 27.- ¿Padece úlcera de estomago o duodeno? | SI | NO |
| 28.- ¿Ha observado alguna anomalía en las heces? | SI | NO |

- | | | |
|---|----|----|
| 29.- ¿Ha sufrido algún cólico de riñón? | SI | NO |
| 30.- ¿Ha orinado sangre? | SI | NO |
| 31.- ¿Tiene molestias de algún tipo al orinar? | SI | NO |
| 32.- ¿Tiene algún dolor o dificultad de movimiento en articulaciones? | SI | NO |
| 33.- ¿Tiene dolor en el cuello que relacione con su trabajo? | SI | NO |
| 34.- ¿Padece alguna alteración en la piel? | SI | NO |
| 35.- ¿Se siente ansioso o deprimido? | SI | NO |
| 36.- ¿Considera estar en plenas facultades? | SI | NO |
| 37.- ¿Tiene alguna dolencia por la que no se le ha preguntado? | SI | NO |
| 38.- ¿Está tomando alguna medicación?
¿Cuál? _____ | SI | NO |
| 39.- ¿Ha estado ingresado en algún hospital?
Dónde y porqué _____ | SI | NO |
| 40.- ¿Participaría en una donación voluntaria de sangre? | SI | NO |
| 41.- Acude regularmente a los servicios sanitarios de:
a.- Seguridad Social
b.- Sanidad Privada
c.- Seguros libres
d.- Servicio Médico de empresa | | |
| 42.- Optaría Ud. Si pudiera a servicios sanitarios diferentes a la Seguridad Social | SI | NO |

MUJERES

- | | | |
|--|----|----|
| 43.- Fecha de la última regla _____ | | |
| 44.- ¿Ha sangrado en alguna ocasión fuera del periodo menstrual? | SI | NO |
| 45.- ¿Usa algún preparado anticonceptivo hormonal? | SI | NO |
| 46.- ¿Controla el tratamiento con su Ginecólogo? | SI | NO |