

Cuestionario de salud laboral

(Contéstelo brevemente, pero no responda simplemente "sí" o "no" si puede detallar la respuesta.)

Datos personales

Apellidos y nombre:

Edad: Fecha de nacimiento: __/__/____ DNI:

Lugar de nacimiento:

Descripción de todos los empleos anteriores

Fechas

Descripción del trabajo y nombre de la empresa

Del __/__/____ al __/__/____

Del __/__/____ al __/__/____

Del __/__/____ al __/__/____

Del __/__/____ al __/__/____

Del __/__/____ al __/__/____

Del __/__/____ al __/__/____

Del __/__/____ al __/__/____

Antecedentes familiares patológicos

Padre:

Madre:

Hermanos:

Hijos:

Abuelo paterno:

Abuela paterna:

Abuelo materno:

Abuela materna:

Otros familiares:

Exposición a radiaciones ionizantes

¿Le han hecho alguna vez un estudio radiológico?:
Número de radiografías del tórax: Número de radiografías de los huesos:
Número de tomografías computerizadas: Número de enemas opacos:
Número de urografías: Número de tránsitos gastroduodenales:
Otros estudios radiológicos:
¿Le han hecho alguna vez un tratamiento con radiaciones?:

Cuestionario general

¿Fuma?: ¿Qué cantidad?:
¿Bebe vino, cerveza...?:
¿Cuánto bebe al día?:
¿Cuántas tazas de café toma cada día?:
¿Toma algún tipo de medicamento?: ¿Cuáles?:
.....
¿Para qué los toma?:
¿A qué actividades dedica el tiempo libre?:
.....
Cuando le hablan, ¿oye a los demás y de la misma manera con los dos oídos?:
¿Respira bien por la nariz?:
¿Sufre faringitis?: ¿Desde cuándo?:
¿Padece algún tipo de alergia?:
¿Cuándo empezó a padecer alergia?:
¿Tiene molestias en los ojos?:
¿Ve bien con ambos ojos, tanto de día como de noche?:
¿Distingue bien, visualmente, todos los colores?: ¿Usa gafas o lentillas?:
¿Por qué motivo?:
¿Sufre alguna enfermedad en los ojos?:
¿Sufre alguna enfermedad en la piel?:
¿Tiene acné?: ¿Tiene eccemas?:
¿Tiene picores?: ¿Puede usar bisutería?:
¿Lleva algún tatuaje?:
¿Sufre de dolor de cabeza?: ¿Tiene vértigo?:
¿Ha tenido algún traumatismo con pérdida de la conciencia?:
¿Ha tenido convulsiones o crisis epilépticas?:
¿Sufre de los nervios?:

- ¿Tiene alguna enfermedad del sistema nervioso?:
- ¿Ha tenido o tiene hipertensión arterial?:
- ¿Padece del corazón (angina de pecho, infarto, etc.)?:
- ¿Le han dicho alguna vez si tiene un soplo en el corazón?:
- ¿Le han dicho alguna vez si tiene una arritmia?:
- ¿Sufre o ha sufrido asma bronquial, bronquitis, bronquitis asmática?:
- ¿Ha tenido alguna vez ahogos con silbidos en el pecho?:
- ¿Sufre o ha sufrido tuberculosis pulmonar?:
- ¿Le han dicho alguna vez si tiene una sombra o una mancha en un pulmón?:
- ¿Convive o ha convivido con alguna persona que tuviese tuberculosis?:
- Al toser, ¿ha escupido sangre alguna vez?:
- ¿Tose a menudo?:
- ¿Ha tenido alguna inflamación de la pleura?:
- ¿Ha sufrido neumonía (pulmonía)?:
- ¿Sabe si tiene bronquioectasia o quistes en los pulmones?
- ¿Le han operado de los pulmones por algún motivo?:
- ¿Ha sufrido o sufre cólicos de riñón?:
- ¿Ha hecho alguna vez la orina muy oscura?:
- ¿Ha sufrido alguna infección urinaria?:
- ¿Sabe si sufre alguna enfermedad de los riñones?:
- ¿Ha notado últimamente dolor, pesadez, ardor o acidez de estómago?:
- ¿Sufre o ha sufrido una úlcera de estómago o de duodeno?:
- ¿Tiene diarrea muy a menudo?: ¿Padece de estreñimiento?:
- ¿Ha tenido o tiene hemorroides (almorranas)?:
- ¿Le han extirpado el apéndice?: ¿Le han operado algún lugar del tubo digestivo?:
- ¿Sabe si tiene divertículos, pólipos u otras alteraciones en los intestinos?:
- ¿Ha sufrido algún tipo de hepatitis aguda?:
- ¿Sufre o ha sufrido alguna enfermedad del hígado, de la vesícula biliar o del páncreas?:
- ¿Ha notado alguna vez un bultoma en la ingle que aumente al toser o al hacer un esfuerzo?:
- ¿Le han operado de algún tipo de hernia (umbilical, inguinal o crural)?:
- ¿Le han diagnosticado alguna vez artritis, artrosis, lumbago, ciática, gota, hernia discal u otras patologías similares?:
- ¿Tiene con cierta frecuencia contracturas musculares (tortícolis u otras)?:
- Al levantarse por la mañana, ¿suele tener las manos entumecidas y le cuesta abrirlas o mover los dedos?:
- ¿Ha sufrido o sufre dolor o rigidez en la espalda, sobre todo por las mañanas?:
- ¿Ha sufrido alguna fractura, fisura ósea, luxación o esguince?:

- ¿Le han hallado alguna vez azúcar en la sangre?:
- ¿Alguna vez ha tenido anemia?:
- ¿Le han hecho alguna transfusión?:
- ¿Sabe si tiene alguna enfermedad de la sangre?:
- ¿Ha sufrido bocio o alguna alteración de las hormonas de la tiroides?:
- ¿Ha tenido algún tumor benigno o maligno?:
- ¿Se ha palpado últimamente los ganglios del cuello, clavícula, axilas o ingles?:
- ¿Ha sufrido alguna enfermedad infecciosa, como poliomielitis, meningitis, paludismo, tífus, brucelosis, herpes zóster u otras?:
- ¿Ha sufrido algún tipo de intoxicación alimenticia, medicamentosa o de otro tipo?:
- ¿Sabe si tiene alergia a algún medicamento o a otras sustancias?:
- ¿Se ha vacunado contra la tuberculosis?: ¿En qué fecha?: __/__/____
- ¿Se ha vacunado contra el tétanos?: ¿En qué fecha?: __/__/____
- 1ª dosis: __/__/__ 2ª dosis: __/__/__ 3ª dosis: __/__/__ Dosis de recuerdo: __/__/__
- ¿Se ha vacunado contra la hepatitis B?: ¿En qué fecha?: __/__/____
- 1ª dosis: __/__/__ 2ª dosis: __/__/__ 3ª dosis: __/__/__ Dosis de recuerdo: __/__/__

Conteste solamente si es mujer:

- ¿Le han hecho alguna intervención quirúrgica en las mamas?:
- ¿Le han hecho alguna intervención quirúrgica ginecológica?: ¿Cuáles?:
-
- ¿Le han hecho algún examen radiológico de mama?:
- ¿Cuántos hijos tiene?: ¿Ha tenido algún aborto?:

¿Sufre alguna enfermedad sobre la que no le hayamos hecho ninguna pregunta o que considere que tiene interés?:

.....

Indique los datos que no ha hallado en este cuestionario y que deberían figurar:

.....

Declaro bajo mi responsabilidad que los datos consignados son ciertos.

Fecha: __/__/2010

Apellidos y nombre:

.....

[firma]