

ENCUESTA DE MOLESTIAS

Nombre: _____

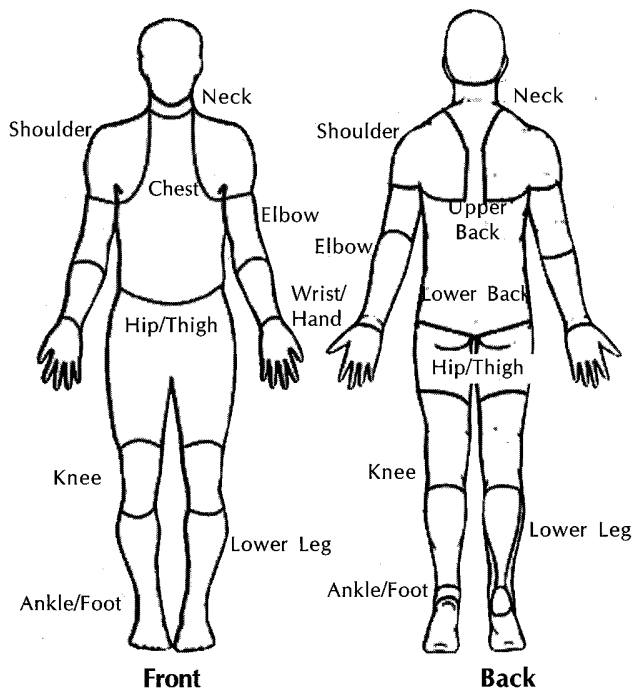
Posición: _____

Piense acerca de cómo se siente AHORA MISMO:

1. Marque en el dibujo todas las zonas de molestia.

2. Utilizando la escala a continuación, marque el nivel de molestia para la zona del lado izquierdo y derecho de su cuerpo mencionados en el encasillado de abajo.

Sin molestia La peor molestia imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Zona de Molestia	Lado Derecho	Lado Izquierdo
Cuello		
Hombro		
Pecho		
Codo/Antebrazo		
Mano/Muñeca		
Cadera/Muslo		
Rodilla		
Pierna		
Tobillo/Pie		
Otro		
Total		

Si su resultado es mayor que 20, usted debe consultar con su médico o proveedor de cuidado de la salud.

El Departamento de PSRP (Paraprofesionales o Asistentes de Instrucción y Personal asociado con las escuelas) (Paraprofessional and School-Related Personnel) de la AFT (Federación Americana de Maestros) (American Federation of Teachers) le puede suministrar más información sobre la ergonomía y programas preventivos a través del Programa de Seguridad y Salud Ocupacional PSRP-AFT llamando al teléfono 202-393-5674.