



ENCUESTA DE MOLESTIAS

Nombre: _____

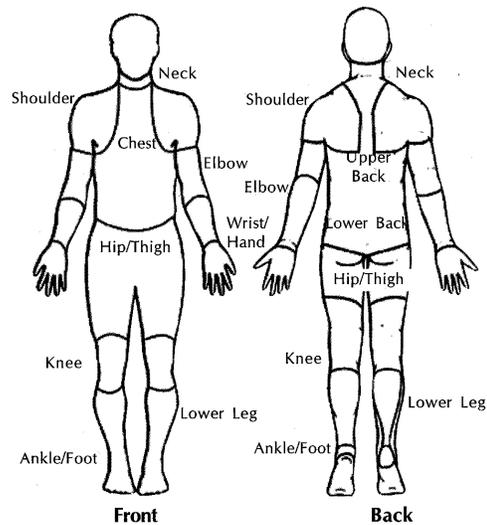
Posición: _____

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.

Local Union Information