



Woodland Healthcare

A member of CHW

PERIÓDICO

Parte 2: Cuestionario de antecedentes laborales

1. NOMBRE _____
2. N° DEL SEGURO SOCIAL ____ _
3. NÚMERO DE REGISTRO EN EL RELOJ ____ _
4. OCUPACIÓN ACTUAL _____
5. PLANTA _____
6. DIRECCIÓN _____
7. _____
(Código postal)
8. NÚMERO DE TELÉFONO _____
9. ENTREVISTADOR _____
10. FECHA ____ _
11. ¿Cuál es su estado civil?
Soltero ____
Casado ____
Viudo ____
Separado/Divorciado ____
12. ANTECEDENTES LABORALES
- 12A. En el último año, ¿trabajó a tiempo completo (30 horas semanales o más) durante 6 meses o más?
Sí ____ No ____

SI LA RESPUESTA A 12A ES SÍ:
- 12B. En el último año, ¿trabajó en un trabajo que implicara contacto con polvo?
Sí ____ No ____ No se aplica ____
- 12C. La exposición al polvo fue:
Leve ____ Moderada ____ Intensa ____

12D. En el último año, estuvo expuesto a vapores químicos o de gasolina en su trabajo?
Sí ___ No ___

12E. La exposición fue:
Leve ___ Moderada ___ Intensa ___

12F. En el último año, cuál fue su:
Trabajo u ocupación _____
Puesto o cargo _____

13. ANTECEDENTES MÉDICOS RECIENTES

13A. ¿Considera que goza de buena salud?
Sí ___ No ___

Si la respuesta es NO, indique las razones _____

13B. En el último año, ha desarrollado:

	Sí	No
Epilepsia	___	___
Fiebre reumática	___	___
Enfermedad renal	___	___
Enfermedad de la vejiga	___	___
Diabetes	___	___
Ictericia	___	___
Cáncer	___	___

14. RESFRÍO TORÁCICO Y ENFERMEDADES TORÁCICAS

14A. Cuando usted se resfría, ¿éste se va "generalmente" a su tórax? (generalmente significa más de la mitad del tiempo)
Sí ___ No ___
No se resfría ___

15A. En el último año, ¿ha tenido alguna enfermedad torácica que lo haya obligado a ausentarse del trabajo, quedarse en casa o en cama?
Sí ___ No ___
No se aplica ___

SI LA RESPUESTA A 15A ES SÍ:

15B. ¿Produjo flema con alguna de estas enfermedades torácicas?
Sí ___ No ___
No se aplica ___

15C. En el último año, cuántas enfermedades con flema (en aumento) tuvo que duraron una semana o más?
Cantidad de enfermedades ___
Ninguna enfermedad de este tipo ___

16. SISTEMA RESPIRATORIO

En el último año ha tenido*:

* Explique las respuestas afirmativas

	Sí o No
Asma	_____
Bronquitis	_____
Fiebre del heno	_____
Otras alergias	_____
Neumonía	_____
Tuberculosis	_____
Cirugía del tórax	_____
Otros problemas pulmonares	_____
Enfermedad cardíaca	_____

Usted tiene:

*Explique las respuestas afirmativas

Sí o No

Resfríos frecuentes _____

Tos crónica _____

Dificultad para respirar cuando camina o sube las escaleras _____

Usted:

Tiene silbidos al respirar _____

Tiene tos con flema _____

Fuma cigarrillos _____

Paquetes al día _____ ¿por cuántos años?_____

Fecha _____ Firma _____