

**10. ANEXOS**

## ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE UNA UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA

1. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
2. Sexo :
  1. Masculino \_\_\_\_\_
  2. Femenino \_\_\_\_\_
3. Estado civil :
  1. Soltero(a) \_\_\_\_\_
  2. Casado(a) \_\_\_\_\_
  3. Unión libre \_\_\_\_\_
  4. Separado(a) \_\_\_\_\_
  5. Divorciado(a) \_\_\_\_\_
  6. Viudo(a) \_\_\_\_\_
4. Antigüedad en la Institución de Salud \_\_\_\_\_
5. Antigüedad en la Unidad Médica donde se encuentra \_\_\_\_\_
6. Antigüedad en el puesto actual \_\_\_\_\_
7. Categoría :
  1. Médico familiar \_\_\_\_\_
  2. Asistente médica \_\_\_\_\_
  3. Enfermera general \_\_\_\_\_
  4. Auxiliar de enf. \_\_\_\_\_
  5. Aux. de enf. Salud pública \_\_\_\_\_
  6. Enf. esp. Salud pública \_\_\_\_\_
8. Tipo de contratación
  1. Base \_\_\_\_\_
  2. Eventual \_\_\_\_\_
9. Servicio actual :
  1. Consulta externa \_\_\_\_\_
  2. Medicina preventiva \_\_\_\_\_
  3. Urgencias \_\_\_\_\_
  4. Dental \_\_\_\_\_
10. Turno
  1. Matutino \_\_\_\_\_
  2. Vespertino \_\_\_\_\_
  3. Nocturno \_\_\_\_\_
  4. Variables \_\_\_\_\_



21. Levanta objetos pesados

durante su jornada laboral 1.No \_\_\_

(ejemplo pacientes, 2. Si \_\_\_ Cuantas veces durante la jornada \_\_\_  
maquinas de escribir, escritorios )?

22. Marque con una " x " su respuesta a las siguientes preguntas:

	No	Si
<b>EN EL ULTIMO AÑO</b>		
1. Se siente sometido a frecuentes tensiones?		
2. Padece usted de dolor bajo de espalda?		
3. Se ha enfermado de hepatitis?		
4. Se ha enfermado de tuberculosis?		
5. Tiene más de una pareja sexual?		
6. Maneja pacientes con síntomas sugestivos de vih-sida?		
7. Maneja pacientes con síntomas sugestivos de tuberculosis?		
8. Maneja pacientes con síntomas sugestivos de hepatitis?		
9. Convive con alguna persona enferma de tuberculosis en su hogar?		
10. Alguien de la familia se ha enfermado de hepatitis?		
11. Padece tensión muscular en el cuello o en los hombros o en la espalda ?		
12. Tiene el hábito de morderse la uñas ?		
13. Tiene el hábito de rechinar los dientes ?		
14. Tiene el hábito de jugar con el cabello ?		
15. Percibe palpitaciones?		
16. Tiene las manos sudorosas?		
17. Tiene la sensación de un nudo en el estómago?		
18. Tiene dificultad para respirar ?		
19. Tiene problemas de insomnio, indigestión, orina frecuente?		
20. Padece frecuentes dolores de cabeza?		
21. Padece de dolores corporales generales?		
22. Tiene problemas de hipertensión arterial, úlceras gástricas?		

- 23.- En su trabajo utiliza objetos punzocortantes?
1. No \_\_\_\_\_
  2. Si \_\_\_\_\_ Cuales \_\_\_\_\_  
Con que frecuencia \_\_\_\_\_
24. Durante su jornada laboral tiene contacto con:
1. sangre \_\_\_\_\_ Con que frecuencia a la semana \_\_\_\_\_
  2. vómito, excremento \_\_\_\_\_ Con que frecuencia a la semana \_\_\_\_\_
  3. saliva \_\_\_\_\_ Con que frecuencia a la semana \_\_\_\_\_
  4. ninguno \_\_\_\_\_
25. Durante su jornada laboral se expone a:
1. agresiones físicas \_\_\_\_\_ Con que frecuencia a la semana \_\_\_\_\_
  2. agresiones verbales \_\_\_\_\_ Con que frecuencia a la semana \_\_\_\_\_
  3. ninguna \_\_\_\_\_
26. Durante su jornada laboral ha atendido a personas bajo los efectos de alcohol, drogas y/o solventes?
1. No \_\_\_\_\_
  2. Si \_\_\_\_\_ Con que frecuencia a la semana \_\_\_\_\_
27. Durante la jornada laboral ha recibido proposiciones indecorosas o que atenten contra la Moral y buenas costumbres ? 1. No \_\_\_\_\_ 2. Si \_\_\_\_\_
28. Ha sufrido algún accidente durante su trabajo de campo?
1. No \_\_\_\_\_
  2. Si \_\_\_\_\_ Describalo \_\_\_\_\_
29. Para desempeñar su trabajo requiere de equipo de protección?
1. No \_\_\_\_\_
  2. Si \_\_\_\_\_ Cual (es) \_\_\_\_\_
30. El equipo de protección personal lo utiliza :
1. Siempre \_\_\_\_\_
  2. A veces \_\_\_\_\_
  3. Nunca \_\_\_\_\_
31. En el último año ha sufrido algún accidente durante su jornada laboral?
1. No \_\_\_\_\_
  2. Si \_\_\_\_\_ Cuantos \_\_\_\_\_  
Describalos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

32. Consume alimentos proporcionados por sus pacientes?

1. No \_\_\_\_\_

2. Si \_\_\_\_\_ Con que frecuencia \_\_\_\_\_

33. Acostumbra comer fuera de casa?

1. No \_\_\_\_\_

2. Si \_\_\_\_\_ Cuantas veces por Semana \_\_\_\_\_

34. Se lava las manos antes de consumir cualquier alimento durante su jornada de trabajo?

1. No \_\_\_\_\_

2. Si \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLINICA

PESO : TALLA : PRESION ARTERIAL :

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

ASCENDIENTES

COLATERALES

DESCENDIENTES

### ANTECEDENTES PERSONALES

DE LA INFANCIA : TOSFERINA RUBEOLA PAROTIDITIS DIFTERIA SARAMPION POLIO

MEDICOS : DIABETES	HIPERTENSION	CARDIOVASCULARES
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR		ONCOLOGICOS
TUBERCULOSIS	ENF. VENEREAS	ALERGICOS

QUIRURGICOS

TRAUMATICOS

TRANSFUSIONES

INMUNIZACIONES

### ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

PLANIFICACION FAMILIAR	EMBARAZOS	PARTOS	ABORTOS
CESAREAS			
ULTIMO PAPANICOLAU			

### PADECIMIENTO ACTUAL

### INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

#### SINTOMAS GENERALES

CAMBIOS EN EL PESO - FATIGA - ADINAMIA - ASTENIA - DIAFORESIS - FIEBRE

#### OFTALMOLOGIA

USO DE LENTES CORRECTORES - CATARATA - VISION BORROSA - DEFECTOS VISUALES

#### OIDO

HIPOACUSIA - VERTIGO - OTALGIA - ACUFENOS - OTORREA -

#### NARIZ

RINORREA - OBSTRUCCION NASAL - EPISTAXIS



## ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD DE UNA UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA

Nombre \_\_\_\_\_

Categoría \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Durante los siguientes tres días escriba toda y cada una de las actividades que desempeñe durante su turno ( no importa que se repitan con respecto a las del día anterior )



ENLISTADO DE DAÑOS A LA SALUD ENCONTRADOS  
EN EL ULTIMO AÑO

Nombre \_\_\_\_\_

Categoría \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_





