

EVALUACIÓN FINAL

Seleccione cada parte del cuerpo en la cuál ha presentado un síntoma (dolor/malestar). Si usted no ha experimentado ningún síntoma no es necesario marcar nada. Por favor llene la siguiente encuesta en base a su salud durante la última semana de trabajo.



	FRECUENCIA: Durante la última semana de trabajo, con qué frecuencia experimenta dolor/malestar en?	SEVERIDAD: Si usted experimentó dolor/malestar, que tan molesto era?	PRODUCTIVIDAD: Si usted experimentó dolor/malestar, cuánto este malestar pudo interferir con su capacidad para trabajar?
Fatiga Visual Ojo Derecho	3-4 veces la semana pasada	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Fatiga Visual Ojo Izquierdo	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Dolor Cabeza	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Cuello	-- Seleccione --	Muy Incómodo	-- Seleccione --
Hombro Derecho	1-2 veces la semana pasada	-- Seleccione --	Interfirió Contundentemente
Hombro Izquierdo	-- Seleccione --	Moderadamente Incómodo	-- Seleccione --
Espalda Alta	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Espalda Baja	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Brazo Derecho	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Brazo Izquierdo	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Codo Derecho	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Codo Izquierdo	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Antebrazo Derecho	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Antebrazo Izquierdo	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Muñeca Derecho	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Muñeca Izquierdo	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Cadera Glúteos	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Muslo Derecho	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Cadera Glúteos	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Muslo Derecho	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Muslo Izquierdo	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Rodilla Derecho	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Rodilla Izquierdo	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Pantorrilla Derecho	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Pantorrilla Izquierdo	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Tobillo Pie Derecho	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --
Tobillo Pie Izquierdo	-- Seleccione --	-- Seleccione --	-- Seleccione --