

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Campus Comitán
Licenciatura En Medicina Humana

Materia:

Medicina del trabajo

Nombre del trabajo:

Formulario “Condiciones de trabajo”

Integrantes:

Mónica Monserrat Anzueto Aguilar

Paola Isabel Díaz Sánchez

Karen Paulina López Gómez

Keyla Samayoa Pérez

Layla Carolina Morales Alfaro

Grupo: “A” Grado: “5”

Docente:

Dr. Agenor Abarca Espinosa

CUESTIONARIO

1. **¿Cuál es su nombre?** José Pérez
2. **¿Cuántos años cumplidos tiene?** 58 años
3. **¿Qué puesto desempeña?** Soldador
4. **¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la misma actividad?** 32 años
5. **¿Cuánto tiempo abarca su jornada laboral?** 9 horas
6. **¿Cuántos días a la semana labora?** 6
7. **¿Recibe capacitación constante sobre su puesto de trabajo por parte de su empleador?** No
8. **¿Sabe cuáles son las medidas de seguridad y prevención sobre su trabajo?**
Algunas, no todas
9. **¿Usa las medidas de seguridad establecidas para sus actividades?** Si, en algunas ocasiones
10. **¿Qué equipo de protección personal utiliza?** Lentes, Guantes de cuero y casco
11. **¿Su equipo de protección se encuentra en condiciones óptimas?** Se podría decir que si
12. **¿Trabaja con algún material que pueda ser considerado como peligroso para la salud?** Si, la mayoría de materiales
13. **¿Usted o alguno de sus compañeros ha sufrido algún accidente durante su jornada laboral, qué clase de accidente?** Sí, en ocasiones se han salido de trabajar por los accidentes
14. **¿Conoce que debería hacer en caso de una situación de emergencia o un accidente?** No
15. **¿Se ha enfermado o tenido alguna manifestación física a consecuencia de su trabajo?** Si, infecciones en los ojos, intoxicaciones, infecciones
16. **¿Su área de trabajo cuenta con el equipamiento y espacio adecuados?** Sí
17. **¿Considera que las herramientas que emplea están en las condiciones óptimas?** Por el momento sí
18. **¿Cuenta con seguro médico?** No
19. **¿Qué tan a menudo recibe atención médica rutinaria por parte de su empleador?** Hasta el momento no he recibido ninguna por parte de mi empleo
20. **¿Alguien de su departamento ha sufrido alguna clase de accidente?** Sí
21. **¿Qué prestaciones le proporciona la empresa?** Ninguna
22. **¿Ha recibido capacitación sobre la prevención de riesgos respecto a su puesto?** No
23. **¿Su trabajo le exige hacer mucho esfuerzo físico?** Sí
24. **¿Le preocupa sufrir un accidente en el área de trabajo?** Sí, siempre
25. **¿Considera que las actividades que realiza diariamente son peligrosas o ponen en riesgo su integridad?** Si, cuando utilizamos cualquier maquina
26. **¿Considera que por el tipo o la cantidad de trabajo que tiene debe quedarse tiempo adicional a su turno?** En algunas veces si, porque tenemos mucho trabajo