

CUESTIONARIO NÓRDICO MUSCULOESQUELÉTICO

1. Fecha de cumplimentación (Día/Mes/Año)

..... / /

2. Sexo

1. Mujer 2. Hombre 3. Otro

3. ¿En qué año naciste?

.....

4. ¿Cuánto tiempo (años y meses) llevas ejerciendo tu tipo de trabajo actual?

..... (años) +(meses)

5. De media, ¿cuántas horas trabajas a la semana?

..... horas a la semana

6. ¿Cuánto pesas?

..... kg.

7. ¿Cuál es tu estatura?

..... cm.

8. ¿Te consideras diestro/a o zurdo/a?

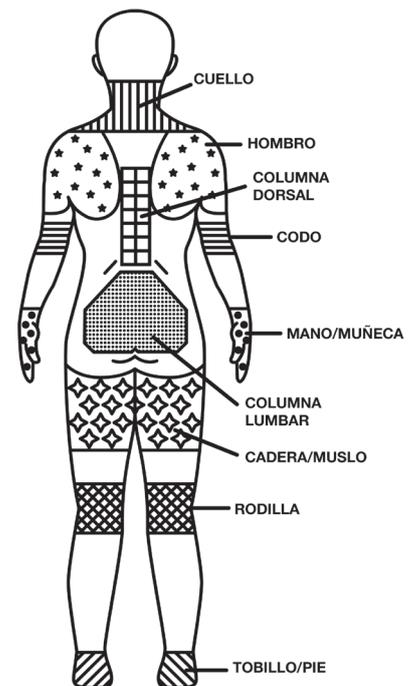
1. Diestro/a 2. Zurdo/a 3. Ambidiestro/a

PROBLEMAS DEL APARATO LOCOMOTOR

Cómo responder al cuestionario

Por favor, pon una cruz en la casilla correspondiente para responder cada una de estas preguntas. Es posible que te surja alguna duda mientras tratas de rellenar el cuestionario, por favor, intenta responder lo que refleje mejor tu caso.

En este dibujo puedes ver la posición aproximada de las partes del cuerpo a las que se refiere el cuestionario. Los límites no están definidos nítidamente y algunas partes se sobreponen. Deberás decidir por ti mismo/a en qué parte tienes o has tenido problemas (en caso de tenerlos).



<p>Durante los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna vez problemas (dolor, molestias, incomodidad, adormecimiento/hormigueo) en las siguientes zonas?:</p>	<p>¿Has tenido problemas durante los últimos 7 días?:</p>	<p>Durante los últimos 12 meses, estos problemas ¿te han impedido hacer actividades normales como el trabajo, las tareas del hogar o aficiones?</p>
<p>A. Cuello</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>B. Cuello</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>C. Cuello</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>A. Hombros</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Hombro derecho 3 <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo 4 <input type="checkbox"/> Ambos hombros</p>	<p>B. Hombros</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Hombro derecho 3 <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo 4 <input type="checkbox"/> Ambos hombros</p>	<p>C. Uno o ambos hombros</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>A. Codos</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Codo derecho 3 <input type="checkbox"/> Codo izquierdo 4 <input type="checkbox"/> Ambos codos</p>	<p>B. Codos</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Codo derecho 3 <input type="checkbox"/> Codo izquierdo 4 <input type="checkbox"/> Ambos codos</p>	<p>C. Uno o ambos codos</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>A. Muñecas/manos</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Muñeca/mano derecha 3 <input type="checkbox"/> Muñeca/mano izquierda 4 <input type="checkbox"/> Ambas muñecas/manos</p>	<p>B. Muñecas/manos</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Muñeca/mano derecha 3 <input type="checkbox"/> Muñeca/mano izquierda 4 <input type="checkbox"/> Ambas muñecas/manos</p>	<p>C. Una o ambas muñecas/manos</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>A. Columna dorsal</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>B. Columna dorsal</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>C. Columna dorsal</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>A. Columna lumbar</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>B. Columna lumbar</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>C. Columna lumbar</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>A. Una o ambas caderas/muslos</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>B. Una o ambas caderas/muslos</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>C. Una o ambas caderas/muslos</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>A. Una o ambas rodillas</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>B. Una o ambas rodillas</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>C. Una o ambas rodillas</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>A. Uno o ambos tobillos/pies</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>B. Uno o ambos tobillos/pies</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>C. Uno o ambos tobillos/pies</p> <p>No Sí 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>