

NOSQ-2002/LONG in Spanish . Enfermedades cutáneas de origen profesional

Cuestionario basado en el:

NOSQ-2002 NORDIC OCCUPATIONAL SKIN QUESTIONNAIRE

VERSIÓN LARGA

El objetivo de esta encuesta es la detección de problemas cutáneos relacionados o no con el trabajo.

Responder a las preguntas de este cuestionario es voluntario.

El interés de esta encuesta es exclusivamente científico y los datos que deriven de ella serán tratados con confidencialidad según la ley de protección de datos.

Siga las instrucciones del cuestionario y marque con una cruz (X) la respuesta que más se aproxime a su situación.

Conteste a todas las preguntas que están dentro de un recuadro. Si la respuesta es ñoñ diríjase al siguiente recuadro.

Si existe alguna indicación del tipo ñpase a la pregunta...ö debe pasar directamente a la pregunta indicada.

No preste atención a los números situados al lado de las casillas.

[REVISED 2010: MINOR CHANGES IN QUESTION D2](#)

Número de cuestionario: _____

G1 Lugar de Trabajo:

- oficina 3
- taller 4
- fábrica 5
- restaurante 6
- hospital 7
- obra 8
- domicilios ajenos 9
- otros. ¿Cuál? _____ 10

Departamento o Sección: _____

G2. Usted es

- Un hombre 1
- Una mujer 2

G3. Año de nacimiento: 19_____**G4. ¿Cuál es su situación laboral actual? (sólo una respuesta)**

- empleado 3
- autónomo 4
- ama/o de casa. Labores del hogar 5 *(ir a la pregunta A1, página 4)*
- en paro 6
- estudiante 7 *(ir a la pregunta G8, página 3)*
- periodo de prácticas 8
- de baja por maternidad/paternidad 9
- jubilado/retirado 10 *(ir a la pregunta A1, página 4)*
- contrato temporal (ETT) 11
- otros, ¿Cuál? _____ 12

G5. ¿Cuál es su trabajo actual? _____

¿Desde qué año se dedica a este trabajo? _____ (año)

G6. ¿Cuál es su principal función o actividad en el trabajo?

¿Desde qué año realiza esta función o actividad? _____ (año)

G7. ¿Cuántas horas por semana trabaja usted en su actual y principal trabajo?

menos de 20 horas/semana 3

de 21-30 horas/semana 4

de 31-40 horas/semana 5

más de 40 horas/semana 6

G8. ¿Realiza usted algún otro trabajo habitualmente?

No 1

Sí 2 **¿Qué tipo de trabajo?** _____

¿Cuántas horas por semana (de promedio)? _____ (horas/semana)

A1. ¿Ha tenido alguna vez erupciones o manchas rojas en la piel que piquen, que van y vienen durante por lo menos 6 meses y que se hayan localizado en ALGÚN pliegue de la piel? (Por pliegues de la piel se entiende: parte interior o anterior de los codos, parte posterior de las rodillas, parte interior o anterior de las muñecas, pliegues de las nalgas, alrededor del cuello, orejas y párpados)

No 1

Sí 2

No lo sé 0

A2. ¿Ha tenido usted alguna vez rinitis alérgica (fiebre del heno) u otros síntomas relacionados con la alergia nasal, por ejemplo, picor nasal, estornudos frecuentes? (por polen, animales u otros)

No 1

Sí 2

No lo sé 0

A3. ¿Alguna vez sus ojos han mostrado síntomas de alergia, por ejemplo: picor, lagrimeo, enrojecimiento? (por polen, animales u otros)

No 1

Sí 2

No lo sé 0

A4. ¿Ha tenido usted alguna vez asma? (como síntomas de asma se entiende tener estos 3 síntomas: tos, pitidos en el pecho y falta de aire)

No lo sé 0

No 1

Sí 2 ¿Le ha diagnosticado un médico de asma? No 1

Sí 2 ¿Cuándo? _____ (año)

D1. ¿Ha tenido alguna vez eczema en las manos? (por eczema se entiende alguna de estos signos en las manos: manchas rojas, ampollas o bolitas de agua, fisuras o grietas que pican o duelen)

No 1

Sí 2

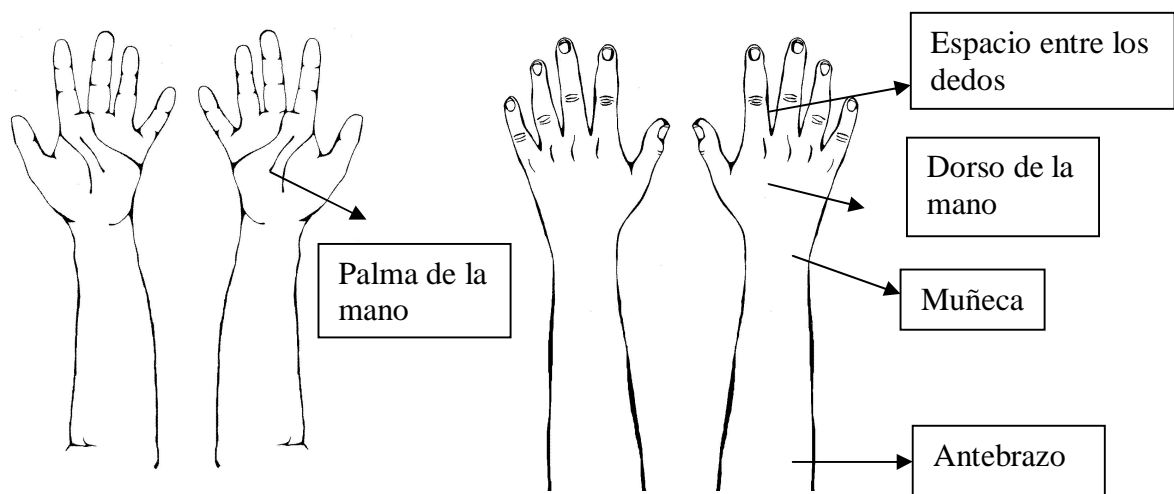
D2. ¿Ha tenido alguna vez eczema en las muñecas o en los antebrazos (excluyendo la parte interior o anterior del codo) (por eczema se entiende alguno de estos signos en las muñecas y/o antebrazos: manchas rojas, ampollas o bolitas de agua, fisuras o grietas que pican o duelen)

No 1

Sí 2

Si ha contestado òNOö en las preguntas D1 y D2 , pase directamente a la pregunta U1

D3. Pinte en el dibujo y conteste en que zona de las manos y de los antebrazos es dónde habitualmente se desarrolla su eczema. (una o más de un área)



Dedos 2

Espacios entre dedos 2

Dorso de la mano 2

Palma de la mano 2

Muñecas 2

Antebrazos 2

D4. ¿Con qué frecuencia ha tenido usted eczema en las manos, muñecas o antebrazos? (una respuesta por columna si procede)

	Eczema en mano	Eczema en muñeca y o antebrazo
Sólo una vez y durante <u>menos</u> de dos semanas (incluso si es la primera vez que le pasa)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Sólo una vez pero durante dos semanas o <u>más</u> (incluso si es la primera vez que le pasa)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Más de una vez	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Casi siempre	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

D5. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo eczema en las manos, muñecas o en los antebrazos? (una respuesta por columna si procede)

	Eczema en mano	Eczema en muñeca y o antebrazo
Lo tengo precisamente ahora	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Ahora no, pero sí durante los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Hace entre 3 y 12 meses	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Hace más de 12 meses	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

¿En qué año fue la última vez que tuvo eczema? _____ (año) _____ (año)

D6. ¿Cuándo tuvo por primera vez eczema en las manos, muñecas o antebrazos? (una respuesta por columna si procede)

	Eczema en mano	Eczema en muñeca y o antebrazo
De niño, con menos de 6 años de edad	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Entre los 6 y los 14 años de edad	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Entre los 15 y los 18 años de edad	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Más de los 18 años de edad	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

¿A qué edad empezó a tener eczema? _____ (año) _____ (año)

Si el eczema de manos/antebrazo se inició antes de los 18 años de edad, pase directamente a la pregunta D10 (página 7)

	Eczema en mano	Eczema en muñeca/antebrazo
	Causa	Causa
D7. ¿Cuál cree usted que fue la <u>causa</u> de su eczema en las manos, muñecas o antebrazos, cuando apareció por primera vez?	_____	_____

No sé cuál fue la causa de mi eczema 1

1

Conteste a las preguntas D8 y D9 aunque usted piense que su eczema en las manos, muñecas o antebrazos no está relacionado con su trabajo

D8. ¿Cuál era el trabajo que realizaba cuando empezó a tener eczema?

D9. ¿Cuales eran sus principales actividades o funciones en el trabajo cuando empezó a tener el eczema?

D10. De adulto, ¿ha ido a un médico para consultar el problema de eczema en mano, muñeca o antebrazo?

	Eczema en mano	Eczema en muñeca/antebrazo
No	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Sí	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

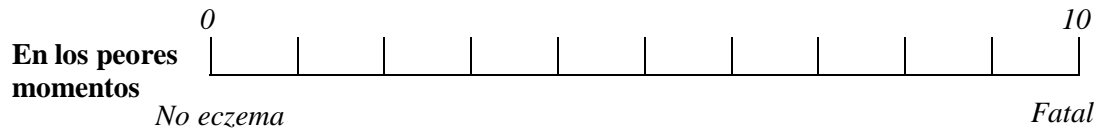
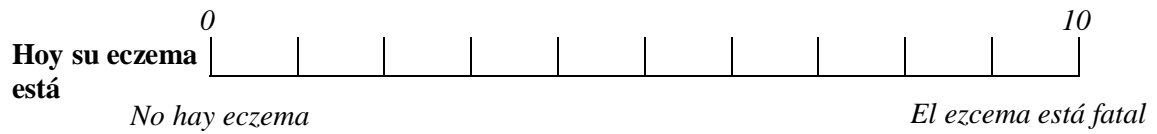
¿Cuándo fue la última vez que consultó a un médico por su problema de eczema?

_____ (año) _____ (año)

D11. ¿En qué estación del año usted ha tenido más problemas con el eczema en manos, muñecas/antebrazos?

	Eczema en mano	Eczema en muñeca/antebrazo
No hay diferencias estacionales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Invierno	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Primavera	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Verano	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Otoño	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

D12. Ponga una CRUZ en el dibujo de abajo según la gravedad de su eczema, considerando el CERO (0) como no hay eczema y DIEZ (10) como el eczema está fatal.



F1. ¿Ha observado usted que su eczema empeora con el contacto de determinados materiales, sustancias químicas o cualquier otra cosa EN SU TRABAJO?
(una respuesta en cada columna si procede)

	Eczema en mano	Eczema en muñeca/antebrazo
No sé lo que empeora mi eczema	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Nada empeora mi eczema en mi trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Sí, se empeora mi eczema en mi trabajo	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

¿Qué materiales toca para que se empeore su eczema? _____

Por favor, preste atención. Las 3 preguntas siguientes hacen referencia al empeoramiento de su ECZEMA cuando NO TRABAJA, cuando está tanto en su casa haciendo las cosas de casa como cuando usted hace una afición o hobby en sus ratos libres.

F2. ¿Ha observado si el contacto con ciertos materiales, sustancias químicas o cualquier otra cosa CUANDO USTED NO ESTÁ EN SU TRABAJO empeora el eczema? (una respuesta por columna si procede)

	Eczema en mano	Eczema en muñeca/antebrazo
No, nada empeora mi eczema cuando no trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Sí, empeora mi eczema cuando no trabajo	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
No lo sé	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

Si ha contestado *o* Sí, empeora *o* en alguna de las 2 columnas, pase a la pregunta F3, de lo contrario pase a la F4 de la página 10.

F3. ¿Qué es lo que cree que empeora más su eczema CUANDO USTED NO ESTÁ EN SU TRABAJO? (no marque más de 5 cosas en cada columna)

	Eczema en mano	Eczema en muñeca/antebrazo
Jabón, jabón líquido, champú y otros productos de higiene personal	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Detergentes y otros productos de limpieza y de lavandería	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Tocar comida o alimentos.....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Trabajar con las manos húmedas o mojadas.....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Lavarse frecuentemente las manos	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Usar guantes protectores	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Mantenimiento de máquinas (por ejemplo coches), tocar los aceites	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Construcción, pintura, empapelar, reformas y decoración	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Jardinería, plantas, tierra, semillas, vegetales, Legumbres, frutos silvestres, frutas, etc.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Infecciones (resfriados, gripe, fiebre).	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Estado de ánimo, estrés	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Menstruación o factores hormonales	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Otros, ¿qué es lo que cree que le empeora su eczema que no se haya dicho antes? _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

F4. ¿Cuándo usted NO ESTÁ EN EL TRABAJO, por ejemplo durante los fines de semana o los periodos de vacaciones, su eczema mejora? (una respuesta por columna si procede)

	Eczema en mano	Eczema en muñeca/antebrazo
No	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Sí, a veces	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Sí, habitualmente	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
No lo sé	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

C1. Cuando usted ESTÁ TRABAJANDO ¿Cómo afecta su eczema en las manos, muñecas o antebrazos en las actividades diarias de SU TRABAJO? (Marque todas las que sean ciertas)

A causa de mi eczema

- ... Tengo que usar guantes protectores 2
- ... Me han cambiado las tareas laborales 2
- ... He cambiado de puesto de trabajo 2
- ... He tenido dificultades para encontrar un trabajo 2
- ... Mis colegas y/o empleados tienen una actitud de rechazo hacia mí 2
- ... Me ha afectado en la elección de mi trabajo 2
- ... Mi rendimiento ha disminuido 2
- ... He estado enfermo o he cogido la baja 2

¿Durante cuánto tiempo ha estado de baja a causa del eczema durante los últimos 12 meses? _____ (semanas)

- ... He perdido el trabajo 2
- ... Me he jubilado 2
- Otras consecuencias, ¿Cuál? _____ 2

No me ha afectado en nada tener eczema 1

C2. Cuando tiene eczema en las manos, muñecas o antebrazo ¿le ha afectado o influido en su vida durante los últimos 12 meses? (una respuesta en cada línea)

	Nada	Afectación LEVE	Afectación MODERADA	Afectación GRAVE	No hago esta Actividad
Trabajo laboral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Trabajo de casa, actividades diarias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Deporte y similares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Aficiones, actividades que me gusta hacer cuando no trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Sueño	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Viajes o desplazamientos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Vida social	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Relaciones personales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Vida sexual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

C3. ¿Ha influido negativamente su eczema de manos en su situación económica? (gastos médicos u otros gastos, pérdida de días de trabajo, pérdida de su capacidad de trabajo y/o cambio de trabajo)

- No he tenido más gastos de dinero a causa del eczema..... 0
- He tenido más gastos pero no ha alterado mi situación económica (efecto insignificante) 2
- He perdido dinero 3
- He perdido mucho dinero 4

U1. ¿Ha tenido alguna vez ronchas o habones es decir manchas rojas que pican, que se hinchan y que desaparecen rápidamente (en horas) en las manos, las muñecas o los antebrazos? (urticaria o erupción)

No 1 *(pase a la pregunta S1, página 14)*

Sí 2 *(pase a la pregunta U2, página 12)*

U2. ¿Han aparecido estas ronchas o habones (urticaria) en sus manos, antebrazos o muñecas por contacto con frutas, vegetales, guantes de goma, animales, etc? (habones que aparecen a los pocos minutos del contacto)

No 1 *(pase a la pregunta S1, página 14)*

Sí 2 tras el contacto **¿con qué?** _____

No lo sé 0 *(pase a la pregunta S1, página 14)*

U3. ¿Con qué frecuencia ha tenido estas ronchas o habones que pican (urticaria) en las manos, muñecas y antebrazos?

Una vez 3

De 2 a 5 veces 4

más de 5 veces 5

U4. ¿Cuándo tuvo por última vez las ronchas o habones que pican (urticaria) en las manos, muñeca o antebrazo?

Durante los últimos 7 días 3

Entre hace 7 días y 3 meses 4

Hace de 3 a 12 meses 5

Hace más de 1 año 6

¿En que año? _____ (año)
(estimado)

U5. ¿A qué edad tuvo por primera vez estas ronchas o habones que pican (urticaria) en las manos, muñecas y antebrazos? (sólo una respuesta)

- Antes de los 6 años de edad 3
 Entre los 6 y los 14 años de edad 4
 Entre los 15 y los 18 años de edad 5
 Más de 18 años de edad 6

¿En que año empezó a tener ronchas? _____ (año)
 (estimado)

Si las ronchas o habones empezaron ANTES de los 18 años, pase a la pregunta U8 en esta misma página.

Si empezaron DESPUÉS de los 18 años, siga con la pregunta U6 y U7 aunque usted no relacione sus haabones o urticaria con el TRABAJO

U6. ¿Cuál era su TRABAJO cuando empezaron los síntomas de ronchas o habones que pican (urticaria)?

Trabajo _____

U7. ¿Cual era su FUNCIÓN o actividad principal en ese trabajo cuando empezó a notar las ronchas o habones?

Función principal en su trabajo _____

U8. De adulto ¿Ha consultado con un médico por el problema de las ronchas o habones que pican (urticaria)?

No 1

Sí 2 **¿En qué año fue la última vez que consultó al médico? _____ (año)**
 (estimado)

U9. Marque con una cruz la severidad de las ronchas o habones (urticaria) en una escala del CERO (0) al DIEZ (10) en el día de hoy y en la recta de abajo, en su peor momento.

Hoy

0 10

No urticaria *Mucha urticaria*

Peor momento

0 10

No urticaria *Mucha urticaria*

S1. ¿Ha tenido alguno de estos síntomas o signos en sus MANOS, MUÑECAS o ANTEBRAZOS durante los últimos 12 meses? (marcar en la columna cuando sea aplicable)

	Manos	Antebrazos/Muñecas
No he tenido síntomas durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Mancha roja no hinchada (Eritema)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Piel seca, con escamas /descamativa	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Fisuras o grietas	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Costras	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Ampollas pequeñas, bolas pequeñas de agua (vesículas)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Granos (Pápulas)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Ronchas o manchas rojas hinchadas (habones-urticaria) que aparecen y desaparecen rápidamente	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Picor (prurito)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Escozor, quemazón u hormigueo	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Tener más sensibilidad en la piel	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Dolor	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
¿Tiene algún síntoma en las manos o muñecas que no se haya dicho anteriormente? ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

S2. ¿Tiene erupciones o manchas rojas producidas por ejemplo por los botones, hebillas, metal de bisutería (por ejemplo pendientes) u otros objetos metálicos próximos a su piel? (diferente a los anillos)

- No 1
- Sí 2

S3. ¿Tiene usted piel seca?

- No 1
- Sí 2

S4. ¿Le pica la piel cuando suda?

- No 1
- Sí 2

T1. ¿Su médico le ha diagnosticado alguna vez una alergia?

- No 1 *(pase a la pregunta E1, página 16)*
- Sí 2 *(pase a la pregunta T2, en esta página)*
- No lo sé 0 *(pase a la pregunta E1, página 16)*

T2. ¿A qué se le ha diagnosticado alergia? (polvo, alimento, sustancia, etc.)

Especifique la alergia que se le diagnosticó, sólo una por línea. Indíquenos en que año aproximadamente le diagnosticaron su alergia.

- 2 _____ ¿Cuándo? _____ (año)
- 2 _____ ¿Cuándo? _____ (año)
- 2 _____ ¿Cuándo? _____ (año)
- 2 _____ ¿Cuándo? _____ (año)
- 2 _____ ¿Cuándo? _____ (año)
- 2 _____ ¿Cuándo? _____ (año)
- 2 _____ ¿Cuándo? _____ (año)
- 2 _____ ¿Cuándo? _____ (año)
- 2 _____ ¿Cuándo? _____ (año)
- 0 No lo sé

T3. ¿Cómo le diagnosticaron la alergia?

- Con parches en la espalda, que se los retiran al cabo de unos días (Epicutánea) 2
- Con gotas aplicadas en el antebrazo mediante un pinchazo. Los resultados se leen al cabo de unos 15 a 30 minutos (Prick-test) 2
- Con análisis de sangre (por ejemplo: RAST) 2
- Otros, ¿Qué método? _____ 2
- No lo sé 0

E1. ¿Ha usado guantes alguna vez en su trabajo?No, nunca 1 *(pase a la pregunta E5, página 17)*Sí actualmente 2 ¿Cuántas horas al día de media? _____ (horas)Sí, pero no actualmente 3} *pase a E2***E2. ¿Qué tipo de guantes emplea usted (o empleó) en SU TRABAJO?***(marque la respuesta que proceda en cada columna)*

	Actualmente	Sólo antes
Goma natural / latex	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Goma gruesa sintético (por ejemplo:nitrilo, neopreno, etc)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Plástico (por ejemplo: vinilo, PVC, polietileno)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Guantes de algodón debajo de los guantes de caucho o plástico	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Piel	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Tela	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Otros, ¿qué tipo? _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
No lo sé	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

E3. ¿Ha tenido problemas en la piel de las manos, antebrazos o muñecas por ponerse guantes protectores?No 1 *(pase a la pregunta E5, página 17)*Sí 2 usando ¿qué tipo de guantes?

Goma natural/latex	<input type="checkbox"/> 2
Goma gruesa sintética	<input type="checkbox"/> 2
Plástico	<input type="checkbox"/> 2
Piel	<input type="checkbox"/> 2
Otro, ¿qué tipo? _____	<input type="checkbox"/> 2
Todo tipo de guante	<input type="checkbox"/> 2
No lo sé	<input type="checkbox"/> 2

E4. ¿Ha cambiado los guantes o ha dejado de ponerse los guantes por tener molestias en la piel?No 1Sí 2 ¿Cuándo? _____ (años)

E5. ¿Qué materiales toca en su TRABAJO? (una o más respuestas)

	Horas por día (de media)		
	Menos de media hora	de media A 2 horas	más de 2 horas
Contacto reiterado con agua	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Preparar comida / tocar comida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Plantas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Animales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Agentes de limpieza	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Disolventes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Aceites, aceites de corte, etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Pintura, lacas, recubrimientos, etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Cola, adhesivos, etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Cemento, masilla, yeso, sustancias para el suelo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Polvo (de madera, de limadura, de papel, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Tierra, desechos u otro tipo de escombros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Otros			
¿Qué? _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
No, en el trabajo no toco nada	<input type="checkbox"/> 1		

E6. ¿Cuántas horas al día dedica para realizar las siguientes actividades cuando usted NO TRABAJA? (marque una casilla por cada línea)

	Horas al día (de media)			
	0 minutos	menos de ½h	½ a 2h	más de 2h
Preparar la comida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Limpiar o lavar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Cuidar a los niños de menos de 4 años	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

E7. Durante estos últimos 12 meses ¿Con qué frecuencia ha realizado estas actividades cuando NO TRABAJA? (marque una casilla por cada línea)

	Cada día	1 vez por sem.	1 vez al mes	menos de 1 vez al mes	de vez en cuando	Nunca
Jardinería	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
Reparación de coche mecánica	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
Bricolaje, reformas	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
Deporte ¿Cuál?						
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
Aficiones ¿Cuál?						
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
Otras actividades con exposición a sustancias químicas ¿Cuál?						
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0

E8. ¿Cuántas veces se lava usted las manos durante un día laboral típico?

(incluya el número de veces que se lava las manos en CASA y en su TRABAJO)

0-5 veces al día	<input type="checkbox"/> 3
6-10 veces al día	<input type="checkbox"/> 4
11-20 veces al día	<input type="checkbox"/> 5
más de 20 veces al día	<input type="checkbox"/> 6

H1. Comparado con gente de su misma edad, usted considera que su salud es....*(sólo una respuesta)*excelente 3muy buena 4buena 5regular 6mala 7**H2. ¿Cuántas personas viven en su casa incluyéndose a usted mismo? _____***número de personas*¿Cuántos niños menores de 4 años hay? _____ *número de niños.*