

Module 2 (M2)- General

Características demográficas

1.1. ¿Qué edad tiene?

Edad: _____

1.2. ¿Cuál es su sexo?

- Masculino
- Femenino

1.3. ¿Se considera usted hispano o latino?

- Sí
- No
- No sé

1.4. ¿De qué raza o razas se considera usted?

Por favor seleccione las respuestas que mejor lo describan.

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Indoamericana o Nativa de Alaska
- Nativa de Hawái o de una isla del Pacífico
- Asiática
- Otra
- No sé

La carga de informes públicos de esta recopilación de información se estima en un promedio de 25 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios y completar la recopilación de información. Una agencia no puede conducir o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una colección de información a menos que muestre un número de control actualmente válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés). Envíe comentarios sobre esta carga estimada o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga a CDC/ATSDR Información Colección Revire Office, 1600 Clifton Road NE, D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-xxxx).

1.5. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha alcanzado?

- 8.º grado o menos
- 9.º- 12.º grado (sin diploma)
- GED (Diploma de Educación General) o equivalente
- Graduado de escuela secundaria superior (diploma)
- Algunos estudios universitarios (sin título)
- Título de carrera corta (*Associate degree*)
- Título universitario, licenciatura o grado superior
- No sé

1.6. ¿En qué estado trabaja actualmente?

Estado: _____

1.7. ¿En qué estado considera usted que está su hogar?

Estado: _____

Información sobre el trabajador, horario y traslado al trabajo

1.8. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la industria de la extracción de petróleo y gas en tierra?

Años: _____

Meses: _____

1.9. ¿Cuál es su cargo o puesto de trabajo?

Cargo/puesto de trabajo: _____

1.10. ¿Cuál de las siguientes opciones refleja su horario de trabajo?

- Turno de día (aproximadamente de 7:00 a.m. a 7:00 p. m.)

- Turno de noche (aproximadamente de 7:00 p. m. a 7:00 a. m.)
- Turno rotativo (días y noches)
- Horario laboral normal (aproximadamente de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.)
- Otro (*por favor especifique*): _____

1.11. ¿Cuál es su rotación actual? Es decir, ¿cuántos días trabaja y cuántos no trabaja?

_____ Días de trabajo _____ Días sin trabajar

1.12. Normalmente, ¿cuántas horas trabaja a diario, incluido el sobretiempo?

Horas: _____

1.13. Normalmente, ¿cuántos días al mes trabaja?

Días: _____

1.14. En los días en los cuales trabaja, ¿adónde va fuera del horario de trabajo para comer, dormir y descansar?

- Casa → *Vaya a 2.16*
- Campamento
- Hotel
- Otro (*por favor especifique*): _____

1.15. Cuando comenzó la última rotación, ¿cuánto tiempo le tomó ir de su casa hasta el sitio donde trabaja?

Horas: _____

1.16. En promedio, cuando está de turno, ¿cuánto tiempo emplea para ir y venir del trabajo todos los días?

Horas: _____

Minutos: _____

Información sobre la compañía

1.17. ¿Para qué tipo de compañía trabaja?

- Contratista de perforación
- Compañía de mantenimiento de pozos
- Operadora

- Otro (por favor especifique): _____
- No sé

1.18. Aproximadamente, ¿cuántos empleados tiene su compañía?

- Menos de 10
- 10-19
- 20-99
- 100 o más
- No sé

Hábitos personales y de salud

1.19. ¿Algún médico u otro profesional de la salud le ha dicho alguna vez que usted tiene alguna de las afecciones siguientes?

Angina o cardiopatía coronaria	• Sí	• No	• No sé
Infarto de miocardio	• Sí	• No	• No sé
Accidente cerebrovascular	• Sí	• No	• No sé
Presión arterial alta o hipertensión	• Sí	• No	• No sé
Colesterol alto	• Sí	• No	• No sé
Diabetes	• Sí	• No	• No sé
Enfermedades pulmonares <i>(incluidas la enfermedad pulmonar obstructiva y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores)</i>	• Sí	• No	• No sé
Bronquitis crónica	• Sí	• No	• No sé
Enfisema	• Sí	• No	• No sé
Silicosis	• Sí	• No	• No sé
Neumotórax	• Sí	• No	• No sé

1.20. ¿Algún médico u otro profesional de la salud le ha dicho alguna vez que usted tiene cáncer?

- Sí
- No

→ Vaya a 2.22.

1.21. ¿De qué tipo de cáncer se trataba y qué edad tenía usted cuando se lo diagnosticaron?

Por favor marque todas las respuestas pertinentes y especifique la edad en todas ellas.

- Vejiga Edad al diagnóstico: _____
- Sangre Edad al diagnóstico: _____
- Hueso Edad al diagnóstico: _____
- Cerebro Edad al diagnóstico: _____
- Mama Edad al diagnóstico: _____
- Cuello uterino Edad al diagnóstico: _____
- Colon Edad al diagnóstico: _____
- Esófago Edad al diagnóstico: _____
- Vesícula biliar Edad al diagnóstico: _____
- Riñón (renal) Edad al diagnóstico: _____
- Laringe Edad al diagnóstico: _____
- Leucemia Edad al diagnóstico: _____
- Hígado Edad al diagnóstico: _____
- Pulmón Edad al diagnóstico: _____
- Linfoma Edad al diagnóstico: _____
- Melanoma Edad al diagnóstico: _____
- Boca, lengua o labio Edad al diagnóstico: _____
- Ovario Edad al diagnóstico: _____
- Páncreas Edad al diagnóstico: _____
- Próstata Edad al diagnóstico: _____
- Recto Edad al diagnóstico: _____
- Piel (no melanoma) Edad al diagnóstico: _____
- Piel (no está seguro del tipo) Edad al diagnóstico: _____
- Tejido blando (músculo o grasa) Edad al diagnóstico: _____
- Estómago Edad al diagnóstico: _____
- Testículo Edad al diagnóstico: _____
- Faringe (garganta) Edad al diagnóstico: _____
- Tiroides Edad al diagnóstico: _____
- Útero (endometrio) Edad al diagnóstico: _____
- Sangre Edad al diagnóstico: _____
- Otro (por favor especifique): Edad al diagnóstico: _____

1.22. En los últimos 30 días, ¿ha tomado algún medicamento de venta con receta que no le haya sido recetado por un médico?

- Sí

- No

1.23. ¿Con qué frecuencia utiliza usted productos de tabaco como cigarrillos, tabaco de mascar, vaporizadores electrónicos para fumar, etc.?

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca

Dormir

1.24. En promedio, ¿cuántas horas duerme en un período de 24 horas los días en que trabaja? Piense en el tiempo que de hecho pasa durmiendo o haciendo siestas y no solo en la cantidad de horas que usted cree que debería dormir.

Horas: _____

- No sé

1.25. ¿Este tiempo de sueño es continuo o interrumpido? Por ejemplo, si ha dormido 8 horas, ¿esas 8 horas fueron ininterrumpidas o intercaladas con trabajo?

- Continuas
- Intercaladas

Module 3(M3)- Trabajo en el área de pozo

Capacitación

1.26. El año pasado, ¿recibió usted capacitación o información relativa a cualquiera de los siguientes temas?

Sus responsabilidades en el trabajo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Primeros auxilios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Uso del equipo de protección personal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Planes de emergencias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Espacio confinado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Reconocimiento y evaluación de riesgos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Comunicación de riesgos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Autoridad para suspender trabajos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Hojas de datos de seguridad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Procedimientos de bloqueo e identificación con etiqueta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Análisis de riesgos en el trabajo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Otros cursos de capacitación (<i>por favor, especifique</i>): _____			

1.27. ¿Cree usted que recibió una capacitación lo suficientemente buena como para hacer su trabajo de manera segura?

- Sí
- No
- No sé

1.28. ¿Alguna vez ha recibido una capacitación formal en un salón de clase en SafelandUSA?

- Sí, hace 0 - 12 meses
- Sí, hace más de 12 meses
- No
- No sé

Cultura de la seguridad

1.29. ¿Su compañía ofrece premios o incentivos de seguridad?

- Sí
- No
- No sé

1.30. ¿Su compañía ofrece bonificación por producción?

- Sí
- No
- No sé

1.31. ¿Usted o su cuadrilla alguna vez han dejado de reportar una lesión o un incidente porque ello habría impedido que le dieran una bonificación por seguridad o por tiempo transcurrido sin lesiones?

- Sí
- No
- No sé

1.32. ¿Tiene su compañía un programa de seguridad, políticas, normas o directrices por escrito relacionadas con la seguridad en el trabajo?

- Sí
- No
- No sé

1.33. ¿Tiene su compañía un programa para los empleados nuevos en el campo petrolero, como por ejemplo un programa de mentores?

- Sí
- No
- No sé

1.34. ¿Tiene su compañía un programa para "Trabajadores solitarios" a fin de garantizar la seguridad de los trabajadores que trabajan solos?

- Sí
- No
- No sé

1.35. ¿Establece su compañía límites a la cantidad máxima de tiempo que usted puede trabajar en un día?

- Sí
- No → *Vaya a 3.12.*
- No sé

1.36. ¿Cuál es la cantidad máxima de horas? _____ horas

1.37. En su cargo actual, ¿con qué frecuencia tiene que trabajar más allá de este número máximo de horas?

- Raramente/Nunca (una vez por año o menos)
- Unas cuantas veces al año
- Mensualmente
- Semanalmente
- Varias veces por semana

1.38. ¿Alguna vez su compañía provee transporte a las cuadrillas para ir y venir de las áreas de pozo donde usted trabaja?

- Sí
- No
- No sé

1.39. ¿Su compañía realiza diariamente un análisis de riesgos del trabajo por tarea específica/Análisis de seguridad en el trabajo o algo similar?

- Sí
- No
- No sé

1.40. ¿Qué piensa usted de estas afirmaciones en relación con la seguridad de los trabajadores en su actual compañía?

	<u>Completamente de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>No opina</u>	<u>En desacuerdo</u>	<u>Completamente en desacuerdo</u>
La gerencia otorga una alta prioridad a la seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que es importante mantener la seguridad en todo momento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo aplico los procedimientos de seguridad correctos cuando hago mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo hago un esfuerzo adicional para mejorar la seguridad en el lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Equipo de protección personal (EPP)

Las siguientes preguntas son similares para varios tipos de EPP.

1.41.



Casco

a) ¿Cree usted que **necesita** ponerse un casco para realizar cualquier actividad en su trabajo?

Sí No

b) ¿Su empleador le **exige** que use un casco para realizar cualquier actividad en su trabajo?

Sí No

- Yo sí creo que necesito ponerme un casco y mi empleador definitivamente exige que yo me ponga un casco.
- Yo sí creo que necesito ponerme un casco pero mi empleador definitivamente no exige que yo me ponga un casco.
- Yo no creo que necesite ponerme un casco pero mi empleador definitivamente exige que yo me ponga un casco.
- Yo no creo que necesite ponerme un casco y mi empleador definitivamente no exige que yo me ponga un casco.

c) ¿Su empleador le **provee** un casco? Sí No

d) ¿Con qué frecuencia **se pone** usted su casco cuando se necesita o requiere por razones de seguridad?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre
- No se necesita en mi trabajo

1.42.



Protección auditiva

- a) ¿Cree usted que **necesita** protección auditiva para realizar cualquier actividad en su trabajo? Sí No
- e) ¿Su empleador le **exige** que usted use protección auditiva para realizar cualquier actividad en su trabajo?
 Sí No
- Yo sí creo que necesito ponerme un casco, y mi empleador definitivamente exige que yo me ponga un casco.
 - Yo sí creo que necesito ponerme un casco, pero mi empleador no exige que yo me ponga un casco.
 - Yo no creo que necesite ponerme un casco, pero mi empleador definitivamente exige que yo me ponga un casco.
 - Yo no creo que necesite ponerme un casco y mi empleador no me exige que me ponga un casco.
- b) ¿Su empleador le **provee** protección auditiva? Sí No
- c) ¿Con qué frecuencia **usa** usted protección auditiva cuando se necesita o requiere por razones de seguridad?
- Nunca
 - Algunas veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
 - No se necesita en mi trabajo

1.43.



Guantes

- a) ¿Cree usted que **necesita** ponerse guantes para realizar cualquier actividad en su trabajo?
 Sí No
- b) ¿Su empleador le **exige** que usted se ponga guantes para realizar cualquier actividad en su trabajo? Sí No

c) ¿Su empleador le **provee** guantes? Sí No

d) ¿Con qué frecuencia usted **se pone** sus guantes cuando se necesita o se requiere por razones de seguridad?

- Nunca
- Algunas veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
- No se necesitan en mi trabajo

1.44.



Ropa resistente al fuego

a) ¿Cree usted que **necesita** usar ropa resistente al fuego para realizar cualquier actividad en su trabajo? Sí No

b) ¿Su empleador le **exige** que usted use ropa resistente al fuego para realizar cualquier actividad en su trabajo?

Sí No

- I do think I need a hardhat and my employer does require me to wear a hardhat.
- Yo sí creo que necesito ponerme un casco, pero mi empleador definitivamente no exige que yo me ponga un casco.
- Yo no creo que necesite ponerme un casco, pero mi empleador definitivamente que yo me ponga un casco.
- Yo no creo que necesite ponerme un casco y mi empleador definitivamente no me exige que me ponga un casco.

c) ¿Su empleador le **provee** ropa resistente al fuego? Sí No

d) ¿Con qué frecuencia usted usa ropa resistente al fuego cuando se necesita o requiere por razones de seguridad?

- Nunca
- Algunas veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

- No se necesita en mi trabajo

1.45.



Equipo de protección contra caídas

a) ¿Cree usted que **necesita** usar el equipo de protección contra caídas para realizar cualquier actividad en su trabajo?

Sí No

b) ¿Su empleador le **exige** que usted use el equipo de protección contra caídas para realizar cualquier actividad en su trabajo?

Sí No

- I do think I need a hardhat and my employer does require me to wear a hardhat.
- I do think I need a hard, but my employer does not require me to wear a hardhat.
- I do not think I need a hard hat, but my employer does require me to wear a hardhat.
- I do not think I need a hard hat and my employer does not require me to wear a hardhat.

c) ¿Su empleador le **provee** el equipo de protección contra caídas? Sí No

d) ¿Con qué frecuencia **usa** usted el equipo de protección contra caídas cuando se necesita o requiere por razones de seguridad?

- Nunca
- Algunas veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
- No se necesita en mi trabajo

3.16



Detector multigas (CO, O₂, LEL, H₂S)

- a) ¿Cree usted que **necesita** un detector multigas para realizar cualquier actividad en su trabajo? Sí No
- e) ¿Su empleador le **exige** que usted se ponga un detector multigas para realizar cualquier actividad en su trabajo?
- Sí No
- I do think I need a hardhat and my employer does require me to wear a hardhat.
 - I do think I need a hard, but my employer does not require me to wear a hardhat.
 - I do not think I need a hard hat, but my employer does require me to wear a hardhat.
 - I do not think I need a hard hat and my employer does not require me to wear a hardhat.
- b) ¿Su empleador le **provee** el detector multigas? Sí No
- c) ¿Con qué frecuencia **se pone** usted el detector multigas cuando se necesita o requiere por razones de seguridad?
- Nunca → *Vaya a 3.18.*
 - Algunas veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
 - No se necesita en mi trabajo → *Vaya a 3.18.*
- d) ¿Recibió capacitación para aprender a usar el detector multigas? Esto incluiría información sobre la calibración, qué hacer cuando se dispara la alarma y las limitaciones.
- Sí No

1.46. Si usted usa un detector multigas en el trabajo, vaya a 3.20. De lo contrario, por favor responda las siguientes preguntas sobre el detector de H₂S.



Detector de sulfuro de hidrógeno (H₂S)

- a) ¿Cree usted que **necesita** un detector de H₂S para realizar cualquier actividad en su trabajo? Sí No
- b) ¿Su empleador le **exige** que usted use un detector de H₂S para realizar cualquier actividad en su trabajo?
 Sí No
- I do think I need a hardhat and my employer does require me to wear a hardhat.
 - I do think I need a hard, but my employer does not require me to wear a hardhat.
 - I do not think I need a hard hat, but my employer does require me to wear a hardhat.
 - I do not think I need a hard hat and my employer does not require me to wear a hardhat.
- c) ¿Su empleador le **provee** el detector de H₂S? Sí No
- d) ¿Con qué frecuencia **usa** el detector de H₂S cuando se necesita o requiere por razones de seguridad?
- Nunca
 - Algunas veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
 - No se necesita en mi trabajo

1.47.

1.48.



Respirador

a) ¿Cree usted que **necesita** un respirador para realizar cualquier actividad en su trabajo?

Sí No

b) ¿Su empleador le **exige** que use un respirador para realizar cualquier actividad su trabajo?

Sí No

- Yo sí creo que necesito ponerme un casco, y mi empleador definitivamente exige que yo me ponga un casco.
- Yo sí creo que necesito ponerme un casco, pero mi empleador definitivamente no exige que yo me ponga un casco.
- Yo no creo que necesite ponerme un casco, pero mi empleador definitivamente que yo me ponga un casco.
- Yo no creo que necesite ponerme un casco y mi empleador definitivamente no me exige que me ponga un casco.

c) ¿Su empleador le **proporciona** un respirador o tiene uno disponible en el trabajo?

Sí No

d) ¿Con qué frecuencia **usa** usted el respirador cuando se necesita o requiere por razones de seguridad?

- Nunca → *Vaya a 3.21.*
- Algunas veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
- No se necesita en mi trabajo → *Vaya a 3.19.*

e) ¿Está usted bien afeitado cuando se pone el respirador?

- Nunca
- Algunas veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

f) ¿Qué tipo de respirador se le dio o se puso a su disposición en el trabajo? (Marque todas las respuestas que correspondan)

- Media cara
- Cara completa
- Aparato de respiración autónoma (SCBA, por sus siglas en inglés)

- Otro

g) ¿Le han hecho una prueba de ajuste de su respirador o respiradores?

Sí No

h) ¿Recibió capacitación para aprender a usar el respirador o respiradores? Esto incluiría información sobre la inspección, el mantenimiento y el almacenamiento.

Sí No

Lesiones en el trabajo

1.49. En los últimos 12 meses de trabajo en el campo petrolero, ¿ha sufrido alguna lesión por la que usted haya tenido que ver a un médico o a otro profesional de la salud? No incluya lesiones causadas por accidentes automovilísticos; sobre ello preguntaremos más adelante en la encuesta.

- Sí
- No → Vaya a 3.22.

1.50. ¿Cuántas lesiones sufrió en el trabajo en este período de 12 meses? _____

1.51. ¿Qué actividad o acción le provocó la lesión?

- Fue golpeado por un vehículo automotor o un equipo móvil pero usted no estaba en un vehículo
- Quedó atrapado en objetos o equipos (punto de pellizco)
- Exposición a gases o vapores
- Caída desde gran altura
- Incendio
- Esfuerzo excesivo o movimiento repetitivo o vibración
- Fue golpeado por objetos o equipos
- Resbalón o tropezón
- Violencia o agresión
- Otra (*por favor especifique*): _____

a) ¿Qué estaba haciendo cuando ocurrió el incidente que le produjo la lesión?

Actividad:

b) ¿Fue hospitalizado a causa de esta lesión?

- Sí
- No → Vaya a 3.22

c) ¿Perdió días de trabajo a causa de esta lesión?

- Sí
- No → Vaya a 3.22

d) ¿Cuánto tiempo estuvo sin trabajar? Meses _____ Semanas _____ Días _____

Exposición a productos químicos y sustancias peligrosas

1.52. En el trabajo, ¿maneja líquidos de proceso, productos químicos o sustancias o entra su piel en contacto con los mismos?

- Sí
- No → Vaya a 3.30
- No sé

1.53. ¿Con qué frecuencia maneja líquidos de proceso, productos químicos o sustancias o entra su piel en contacto con los mismos?

- Diariamente
- Varias veces al día
- Dos o más veces por semana
- Una vez por semana
- Una vez al mes o menos
- No sé

1.54. ¿Ha recibido capacitación a través de la compañía sobre la manera correcta de manejar las sustancias químicas con las cuales trabaja?

- Sí
- No

1.55. Por favor, indique si entra en contacto con los siguientes productos.

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| a. Lodo de perforación | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| b. Fluido de fracturamiento hidráulico | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| c. Fluidos de contraflujo | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| d. Crudo | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| e. Grasa de tubería | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| f. Emisiones diesel | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |

g. Otros: _____

1.56. Indique su nivel de preocupación en relación con el contacto con estos productos:

- No me preocupa
- Levemente preocupado
- Algo preocupado
- Muy preocupado

1.57. ¿Qué sustancias o peligros químicos le preocupan más?

1.58. ¿Tiene usted acceso a las fichas de datos de seguridad (SDS, por sus siglas en inglés) de las sustancias y productos químicos a los cuales están expuestos los trabajadores?

- Sí
- No → *Vaya a 3.30*
- No sé → *Vaya a 3.30*

1.59. ¿Ha leído las fichas de datos de seguridad de las sustancias y los productos químicos con los cuales usted trabaja habitualmente?

- Sí
- No

1.60. En su trabajo, ¿abre usted las compuertas de tanques o trabaja cerca de tanques abiertos al menos dos veces por semana o más?

- Sí
- No → *Vaya a 3.35*

1.61. ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas en sus operaciones cerca de estos productos en su trabajo? (Marque todas las respuestas que correspondan)

- Mareo o aturdimiento
- Enrojecimiento, resequeza o picazón en los ojos, ojos llorosos o vista borrosa
- Náuseas
- Dolores de cabeza
- Piel enrojecida, irritada o rasposa
- Otra molestia en la piel
- Sequedad en la boca
- Dificultad para tragar
- Fiebre o escalofríos

- Fatiga
- Infecciones recurrentes
- Pérdida involuntaria de peso
- Ganglios linfáticos inflamados
- Moretones o sangrados que ocurren con facilidad.
- Dolor de huesos
- Piel pálida
- Sangrado prolongado
- Frecuencia cardíaca rápida/irregular

1.62. ¿Ha buscado atención en una clínica o sala de emergencias?

- Sí
- No

Sílice

1.63. ¿Se utiliza la arena en su actual sitio de trabajo en procesos como el fracturamiento hidráulico?

- Sí
- No → Vaya a 3.36
- No sé → Vaya a 3.36

1.64. ¿Con qué frecuencia se utiliza la arena en procesos tales como el fracturamiento hidráulico mientras usted está trabajando?

- Diariamente
- Unas cuantas veces por semana
- Unas cuantas veces al mes
- Raramente
- Otras: _____

1.65. ¿Ha recibido usted capacitación o información sobre los peligros de la exposición al polvo de sílice proveniente de la arena?

- Sí
- No
- No sé

1.66. ¿Su compañía ha puesto en práctica controles para limitar su exposición al polvo de sílice, como por ejemplo exigir el uso de respiradores mientras se trabaja cerca de la arena, el uso de equipos que limitan la generación de polvo, o políticas y procedimientos que limiten las veces o el tiempo que usted está expuesto al polvo de sílice?

- Sí
- No
- No sé

Dermatitis

1.67. El año pasado, ¿tuvo usted dermatitis, eczema o cualquier otra erupción de la piel con inflamación y enrojecimiento?

- Sí
- No → Vaya a 3.43

1.68. ¿Ha tenido usted alguno de los síntomas o problemas siguientes? (Marque todas las respuestas que correspondan)

- Enrojecimiento
- Picazón
- Marcas de raspones que aparecen y desaparecen
- Despellejamiento, agrietamiento, abrasión o descamación de la piel
- Bultos, ampollas u otras lesiones en la piel
- Ronchas o áreas inflamadas en la piel
- Ninguno de estos → Vaya a 3.39

1.69. ¿Qué partes del cuerpo le afectó este problema de la piel? (Marque todas las respuestas que correspondan)

- Manos
- Brazos
- Cabeza/rostro/cuello
- Piernas
- Otras: _____

1.70. ¿Ha ido a un médico u otro profesional de atención médica para que le vea su problema en la piel?

- Sí
- No → Vaya a 3.41

1.71. ¿Le dijeron que probablemente su problema en la piel estaba relacionado con su trabajo?

- Sí
- No

1.72. Si usted el año pasado dejó de ir al trabajo debido a su problema en la piel, ¿cuánto tiempo estuvo sin trabajar?

Meses _____ Semanas _____ Días _____

1.73. El año pasado, ¿dejó usted de trabajar, cambió trabajo o hizo un cambio importante en sus actividades laborales, tales como hacer trabajos livianos, debido a su problema en la piel?

- Sí
- No

1.74. En promedio, ¿cuánto tiempo pasa usted al sol diariamente durante un turno normal de trabajo?

- Menos de 1 hora
- De 1 a 4 horas
- De 4 a 7 horas
- 8 o más horas

1.75. ¿Cuál de las siguientes cosas utiliza usted mientras está al sol? (Marque todas las respuestas que correspondan)

- Protector solar
- Sombrero
- Camisa de manga larga
- Ninguna

Module 4 (M4)- Vehículo automotor

1.76. ¿Cuánto tiempo lleva manejando como parte de su trabajo en la industria del petróleo y del gas?

_____ Años _____ Meses

1.77. En los últimos 12 meses, ¿cuántas millas calcula usted que ha recorrido en el trabajo?

- Menos de 25 000
- 25 001-50 000
- 50 001-75 000
- 75 001-100 000
- 100 001-125 000
- 125 001-150 000
- 150 001-175 000
- 175 001-200 000
- Más de 200 000

1.78. ¿Tiene usted en la actualidad una licencia de conducir comercial?

- Sí
- No

1.79. ¿Cuál es el tipo de vehículo que maneja con más frecuencia por razones de trabajo?

- Carro de pasajeros
- Camión liviano (Con un peso de menos de 10 000 lb)
- Van
- Camión de una sola unidad (10 001-19 500 lb)
- Camión de una sola unidad (19 501-26 000 lb)
- Camión pesado de una sola unidad (de más de 26 000 lb)
- Camión de una sola unidad (peso desconocido)
- Camioneta mediana/pesada (p. ej., Ford Super Duty 450/550)

1.80. En su trabajo actual, ¿qué remolca usted con su vehículo? (Marque todas las respuestas que correspondan)

- Crudo
- Agua
- Agua de desecho (salmuera)
- Equipos
- Personas
- Nada

1.81. ¿Toma usted muestras de líquidos (muestrear con ladrón) o mide el nivel de los tanques?

- Sí
- No → *Vaya a 4.12*

1.82. ¿Abre usted la escotilla de aforo para tomar muestras (muestrear con ladrón) o medir el nivel de los tanques?

- Yes → *Vaya a 4.9*
- No

1.83. ¿Cómo hace usted las mediciones o toma las muestras?

1.84. ¿Ha experimentado usted mareo, desorientación o síntomas similares mientras toma las muestras?

- Sí
- No

1.85. ¿Utiliza usted los siguientes equipos mientras toma las muestras? (Marque todas las respuestas que correspondan)

- Respirador Tipo: _____
- Detector de sulfuro de hidrógeno
- Detector multigas (CO, O₂, LEL, etc.)

1.86. ¿Cómo se le pagó el tiempo que estuvo manejando un vehículo en su último viaje?

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| • Por hora | • Salario |
| • Por milla | • Otros: |
| • Por carga | _____ |
| • Un porcentaje de los ingresos | _____ |

1.87. ¿Se le paga a usted por trabajo que no implique manejar un vehículo, como desenganchar y enganchar remolques, esperar en el área de taladro, o cargar/descargar/fijar la carga?

- Sí
- No

1.88. En su último viaje, ¿su compañía le ofreció una bonificación o le impuso alguna sanción dependiendo de si usted entregó o no la carga al tiempo?

- Sí
- No

1.89. ¿Con qué frecuencia se siente usted muy somnoliento cuando maneja un vehículo en el trabajo?

- Nunca (o casi nunca) → Vaya a [4.17](#)
- Aproximadamente una vez al mes
- Aproximadamente una vez por semana
- Dos o tres veces por semana
- Cuatro o cinco veces por semana
- Casi todos los días

1.90. Recuerde que sus respuestas son anónimas. ¿Alguna vez ha cabeceado o se ha quedado dormido mientras maneja el vehículo del trabajo?

- Sí
- No → Vaya a [4.19](#)

1.91. ¿Cuántas veces calcula usted que esto le ha ocurrido en los últimos **3 meses**?

- Nunca
- Solamente una o dos veces
- Aproximadamente una vez por semana
- Dos o tres veces por semana
- Más de 3 veces por semana

1.92. En los últimos 2 días, ¿ha tomado usted medicamentos o drogas que lo ayuden a permanecer despierto mientras maneja?

- Sí
- No

1.93. Mientras ha manejado como parte de su trabajo en el campo petrolero, ¿ha tenido algún choque como conductor o pasajero en el cual ha habido una muerte, una lesión que haya requerido atención médica o que hayan tenido que llevarse el vehículo con una grúa?

- Sí
- No → Vaya a [4.26](#)

1.94. Como conductor o pasajero, ¿cuántos de estos choques ha tenido? _____

1.95. ¿En qué año calendario ocurrió su último choque? Año _____

1.96. En su último choque, ¿era usted conductor o pasajero?

- Conductor
- Pasajero

1.97. En su último choque, ¿sufrió usted alguna lesión que haya requerido que un médico, personal de enfermería, paramédico u otro profesional de la salud le diera atención médica inmediata?

- Sí
- No → Vaya a 4.26

1.98. ¿Dejó de trabajar algunos días a causa de esta lesión?

- Sí
- No → Vaya a 4.26

1.99. ¿Cuánto tiempo estuvo sin trabajar? _____ Semanas _____ Días

1.100. En los últimos 7 días, ¿ha estado usted a punto de tener un accidente y ha pensado que ha tenido suerte de no haber tenido un accidente mientras estaba manejando el vehículo de la compañía?

- Sí
- No

1.101. ¿Con qué frecuencia hace usted lo siguiente mientras maneja el vehículo de la compañía?

	<u>Siempre</u>	<u>A menudo</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Esporádicamente</u>	<u>Nunca</u>
Se siente frustrado por culpa de otros conductores en la vía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maneja 10 millas o más por hora por encima del límite de velocidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla en su teléfono celular mientras lo aguanta con la mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla en su teléfono celular con manos libres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envía mensajes de texto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza el teléfono celular como navegador o para otros usos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa el cinturón de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.102. En los últimos 12 meses ¿cuántas violaciones de tránsito ha cometido mientras ha manejado el vehículo de la compañía? _____

1.103. ¿Su compañía tiene una política de seguridad vehicular?

- Sí
- No
- No sé

1.104. ¿Su compañía actual tiene una política que establezca lo siguiente?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No sé</u>
--	-----------	-----------	--------------

Que está prohibido tener un teléfono celular en la mano mientras maneja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que está prohibido usar un teléfono celular de manos libres mientras maneja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que está prohibido enviar mensajes de texto mientras maneja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que es obligatorio usar el cinturón de seguridad en todo momento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que es obligatorio que los conductores inspeccionen el vehículo antes de emprender un viaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.105. ¿Recibió usted una orientación sobre la seguridad vehicular cuando lo contrataron para su trabajo actual?

- Sí
- No → *Vaya a 4.34*
- No sé

1.106. ¿La orientación estaba específicamente relacionada con el tipo de vehículo que usted maneja?

- Sí
- No

1.107. ¿Su compañía requiere que usted notifique lo siguiente?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No sé</u>
Choques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si casi tuvo un accidente (Conatos de accidentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos en los automóviles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.108. ¿Su compañía exige que su vehículo en el trabajo tenga un plan de mantenimiento regular?

- Sí
- No
- No sé

1.109. ¿Su compañía tiene una política de gestión de viajes? Esta política le orientaría sobre las rutas más seguras, cuántas veces detenerse a descansar y cómo manejar cualquier otro riesgo relacionado con la conducción de un vehículo.

- Sí
- No
- No sé

1.110. ¿Su compañía utiliza sistemas de control vehicular dentro de los vehículos? Estos sistemas le hacen seguimiento a la velocidad, el frenado súbito y otras conductas relacionadas con la conducción de los vehículos.

- Sí
- No
- No sé

1.111. ¿Su compañía tiene una política de gestión del cansancio?

- Sí
- No
- No sé

1.112. ¿Cuáles son sus preocupaciones de salud y seguridad más grandes relacionadas con la conducción de vehículos en la industria de extracción de petróleo y gas?

Module 5(M5)- Preguntas de cierre

1.113. ¿Entendió usted que su participación en la encuesta fue voluntaria?

- Sí
- No

1.114. ¿Entendió usted que podía dejar de participar en la encuesta en cualquier momento?

- Sí
- No

1.115. Si tiene alguna pregunta o inquietud en cuanto a la encuesta, ¿sabe usted a quien dirigirse?

- Sí
- No

1.116. ¿Sintió usted que podía ser totalmente honesto en sus respuestas en esta encuesta?

- Sí
- No

1.117. La información que se recolecte en esta encuesta sobre los trabajadores de la industria de extracción de petróleo y gas se usará para hacer que los sitios de trabajo sean más seguros y saludables. Cualquier información que compartamos incluirá solamente las respuestas de los trabajadores en grupo de manera que sus respuestas individuales permanezcan confidenciales y anónimas. ¿De qué manera cree usted que debería compartirse la información sobre seguridad y salud con usted y sus compañeros de trabajo? (Marque todas las respuestas que correspondan)

- Radio AM/FM
- Folletos en la compañía
- Sitios en Internet _____
- Revistas de la industria: _____
- Otras: _____

¡Ha terminado!

Por favor, lleve la encuesta al investigador y responda 3 preguntas de la entrevista.