Identificación del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Evaluación de la fatiga y el manejo de la fatiga**

**en la extracción de gas y petróleo en tierra en los EE. UU.:**

**Cuestionario posterior al turno laboral**

**Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional**

1. **Fecha (MM/DD/AAAA):**
2. **Hora (HH:MM): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a. m. / p. m.**
3. **¿Cuándo termina su turno?** **(HH:MM): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a. m. / p. m.**
4. **¿Cómo regresará a su residencia (es decir, el lugar donde duerme durante su rotación laboral)?**
5. Manejaré
6. Seré pasajero en el auto de un compañero de trabajo
7. Seré pasajero en un auto proporcionado por la empresa
8. Otro (especifique):
9. Prefiere no contestar
10. **¿Planea dormir en el camino de regreso a su residencia, incluso por poco tiempo?**
11. Sí
12. No
13. Prefiere no contestar
14. **Seleccione el número que indica su nivel de somnolencia en los últimos 5 minutos:**

|  |  |
| --- | --- |
| Muy alerta | 1 |
|  | 2 |
| Nivel normal de alerta | 3 |
|  | 4 |
| Ni alerta ni somnoliento | 5 |
|  | 6 |
| Somnoliento, pero no me cuesta esfuerzo mantenerme despierto | 7 |
|  | 8 |
| Muy somnoliento, me cuesta mucho esfuerzo mantenerme despierto | 9 |

1. **¿Aproximadamente cuántos descansos se tomó durante el día de trabajo? Incluya los descansos formales, informales o el tiempo de inactividad (p. ej., entre etapas).**
2. No tomé descansos
3. 1 descanso
4. 2 descansos
5. 3 o más descansos
6. Prefiere no contestar
7. **¿Aproximadamente cuánto tiempo en total pasó en un descanso o tiempo de inactividad?**

\_\_\_\_horas \_\_\_minutos

1. **Durante su turno, ¿cuándo tomó descansos o tuvo tiempo de inactividad?**
2. Solo durante la primera mitad del turno
3. Solo durante la segunda mitad del turno
4. Durante todo el turno
5. Otro (por favor explique):
6. Prefiere no contestar
7. **¿Cuánto de lo siguiente consumió durante su día de trabajo**?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Cantidad | No lo consume | Prefiere no contestar |
| **Bebidas con cafeína** |
|  Tazas de café o té (8 oz) |  |  |  |
|  Latas de gaseosa (12 oz) |  |  |  |
|  Latas de bebidas energizantes (8 oz; p. ej., Monster, Redbull) |  |  |  |
|  Botellas de 5-hour Energy (2 oz) |  |  |  |
| **Nicotina**  |
|  Cigarrillos |  |  |  |
|  Puros, puritos o cigarrillos puros con filtro |  |  |  |
|  Cigarrillos electrónicos (cantidad de fumadas al día) |  |  |  |
|  Latas o paquetes de tabaco sin humo |  |  |  |

1. **¿Usó algo más para ayudarlo a mantenerse alerta en el trabajo hoy?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **La rotación laboral es cuando los trabajadores alternan tareas y trabajos. ¿Rotó tareas o trabajos hoy?**
	1. Sí
	2. No
	3. Prefiere no contestar
2. **¿Cuáles fueron sus tareas principales del día?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Cuánto tiempo en su día de trabajo pasó sentado?**

**Casi nada de tiempo Casi todo el tiempo**

1. **¿Cómo describiría su nivel de actividad física en el trabajo hoy?**
	1. Mayormente sedentario, sin actividad física extenuante
	2. Mayormente parado/a o sentado/a, pero sin actividad físicamente extenuante
	3. Trabajando parado/a, o caminando y ocasionalmente levantando y llevando cosas
	4. Trabajando de forma intensa o rápida que es físicamente extenuante
	5. Prefiere no contestar
2. **Indique qué tan estresado está en la regla pequeña.**

 **Para nada estresado Lo más estresado posible**

1. **¿Cuántas veces se sacó el dispositivo de su muñeca durante el día de trabajo?**
2. Cero
3. 1 vez
4. 2 veces
5. 3 o más veces
6. No usé el dispositivo en absoluto hoy
7. Prefiere no contestar
8. [SI 6 = “b” O 6 = “c” O 6 = “d”] **¿Aproximadamente cuántos minutos en total estuvo sin el dispositivo en su muñeca?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos