

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)?**
  - a. Manejaré
  - b. Seré pasajero en el auto de un compañero de trabajo
  - c. Seré pasajero en un auto proporcionado por la empresa
  - d. Otro (especifique):
  - e. Prefiere no contestar
5. **¿Planea dormir en el camino de regreso a su residencia, incluso por poco tiempo?**
  - a. Sí
  - b. No
  - c. Prefiere no contestar
6. **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

7. **¿Aproximadamente cuántos descansos se tomó durante el día de trabajo? Incluya los descansos formales, informales o el tiempo de inactividad (p. ej., entre etapas).**
  - a. No tomé descansos
  - b. 1 descanso
  - c. 2 descansos
  - d. 3 o más descansos
  - e. Prefiere no contestar

8. ¿Aproximadamente cuánto tiempo en total pasó en un descanso o tiempo de inactividad?

\_\_\_ horas \_\_\_ minutos

9. Durante su turno, ¿cuándo tomó descansos o tuvo tiempo de inactividad?

- a. Solo durante la primera mitad del turno
- b. Solo durante la segunda mitad del turno
- c. Durante todo el turno
- d. Otro (por favor explique):
- e. Prefiere no contestar

10. ¿Cuánto de lo siguiente consumió durante su día de trabajo?

	Cantidad	No lo consume	Prefiere no contestar
<b>Bebidas con cafeína</b>			
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)			
<b>Nicotina</b>			
Cigarrillos			
Puros, puritos o cigarrillos puros con filtro			
Cigarrillos electrónicos (cantidad de fumadas al día)			
Latas o paquetes de tabaco sin humo			

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

---

12. La rotación laboral es cuando los trabajadores alternan tareas y trabajos. ¿Rotó tareas o trabajos hoy?

- a. Sí
- b. No
- c. Prefiere no contestar

13. ¿Cuáles fueron sus tareas principales del día?

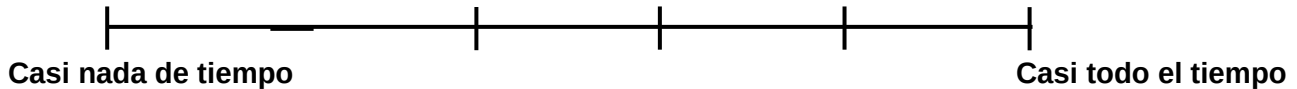
---

---

---

---

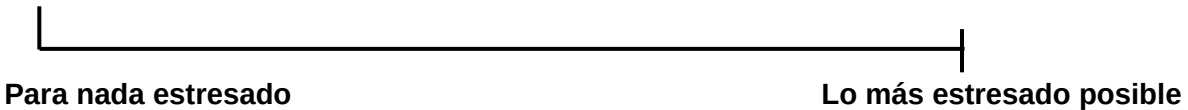
14. ¿Cuánto tiempo en su día de trabajo pasó sentado?



15. ¿Cómo describiría su nivel de actividad física en el trabajo hoy?

- a. Mayormente sedentario, sin actividad física extenuante
- b. Mayormente parado/a o sentado/a, pero sin actividad físicamente extenuante
- c. Trabajando parado/a, o caminando y ocasionalmente levantando y llevando cosas
- d. Trabajando de forma intensa o rápida que es físicamente extenuante
- e. Prefiere no contestar

16. Indique qué tan estresado está en la regla pequeña.



17. ¿Cuántas veces se sacó el dispositivo de su muñeca durante el día de trabajo?

- a. Cero
- b. 1 vez
- c. 2 veces
- d. 3 o más veces
- e. No usé el dispositivo en absoluto hoy
- f. Prefiere no contestar

18. [Si 6 = "b" O 6 = "c" O 6 = "d"] ¿Aproximadamente cuántos minutos en total estuvo sin el dispositivo en su muñeca?

\_\_\_\_\_ minutos

