

Cuestionario dirigido a trabajadores/as

**ACCIÓN DE MEJORA SOBRE LOS RIESGOS
LABORALES ESPECÍFICOS EN EL SECTOR
DE HOSTELERÍA**

AS2018-0118

FINANCIADO POR:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL



FUNDACIÓN
ESTATAL PARA
LA PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES, F.S.P.



HOSTELERÍA
DE ESPAÑA®

Las preguntas que le formulamos se contestan escogiendo entre las alternativas de respuesta que le proponemos. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Asegúrese que comprende la pregunta y posteriormente decídase por aquella que crea que más se ajusta a su caso particular. Para indicar su respuesta debe marcar la casilla correspondiente que hay después de cada pregunta. Por favor, al finalizar revise el cuestionario y compruebe que todas las preguntas están contestadas.

Le agradecemos de antemano su participación. El tratamiento de la información es completamente confidencial y con fines exclusivos de recogida de información para la elaboración de un Mapa de riesgos del sector

DATOS GENERALES

1. PUESTO DE TRABAJO: _____

Cocinero

Ayudante de cocina

Camarero

2. SEXO: HOMBRE MUJER

EDAD: _____

3. ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO: _____

Menos de 1 año Entre 1 y 5 años Entre 6 y 10 años Más de 10 años

4. ZONAS DE TRABAJO

Cuarto frío

Cocina

Sala

Barra

Almacén

Office – zona lavado vajilla

Cuarto de productos de limpieza

5. TAREAS

Recepción de materia prima

Almacenamiento en cámaras frigoríficas/congelación

- Almacenamiento en zona específica de almacén
- Tratamiento primario de los alimentos: lavado, desinfección, corte y picado, envasado, refrigeración, etc.
- Elaboración de comidas calientes
- Atención al cliente y servicio
- Preparación de bebidas, cafés y aperitivos en barra
- Recogida de servicio
- Limpieza de instalaciones de sala y bar
- Limpieza de cocina
- Limpieza de campanas y sistemas de extracción de aire
- Lavado de vajilla
- Limpieza de zonas comunes
- Otras: _____

I. DATOS ESPECÍFICOS

1. En su puesto de trabajo:

1.1. ¿Qué factores de riesgo cree que están presentes habitualmente?

- Estrés Laboral.
- Violencia(atracos,robos,etc).
- Trabajo a turnos rotativos.
- Caídas al mismo nivel (arquetas, bordillos, obstáculos, baches, líquidos en el suelo, etc).
- Incendios y explosiones.
- Sobreesfuerzos por posturas inadecuadas y manipulación manual de cargas
- Atropellos o golpes con vehículos.
- Contactos térmicos (hornos, fogones, utensilios, maquinaria, etc).
- Exposición a temperaturas y condiciones ambientales extremas (frío o calor)
- Ruido
- Exposición a agentes químicos.
- Contacto con agentes químicos.
- Contactos eléctricos.

- 1.2. ¿Utiliza herramientas manuales? SI NO
- 1.3. ¿Utiliza maquinaria? SI NO
- 1.4. ¿Manipula cargas manualmente? SI NO

En caso afirmativo:

a) Indicar peso aproximado de las cargas:

< 5 kg $5 \text{ kg} \leq$ < 14 kg $15 \text{ kg} \leq$ < 24 kg \geq 25 kg

b) Indicar frecuencia de manipulación:

Habitual (diariamente) Ocasional (semanalmente) Puntual (mensualmente)

- 1.5. ¿Realiza trabajos en altura? SI NO
- 1.6. ¿Manipula productos químicos? SI NO

En caso afirmativo,

-indicar cuales:

- ¿tiene acceso a las Fichas de Datos de Seguridad de los productos?
 SI NO

2. ¿Ha sufrido algún accidente laboral en su puesto de trabajo? SI NO
- En caso afirmativo, ¿en algún caso ha sido considerado como grave? SI NO

Describir como fue:

3. ¿Ha recibido formación/información en materia de prevención de riesgos laborales?
 SI NO

En caso afirmativo,

4.1 ¿Se realizó de manera presencial? SI NO

4.2 ¿Considera que los contenidos son adecuados para su puesto de trabajo? SI NO

4.3 ¿Le ofrece la empresa vigilancia de la salud? (posibilidad de realización de controles médicos periódicos) SI NO

En caso afirmativo, indicar periodicidad: _____

4. ¿Le proporciona la empresa prendas de trabajo adecuadas para las tareas a realizar?
 SI NO

En caso afirmativo, indicar cuales: _____

5. ¿Le proporciona la empresa gratuitamente los equipos de protección individual necesarios para las tareas correspondientes a su puesto de trabajo? SI NO

En caso afirmativo, seleccione los equipos de protección individual facilitados:

- Guantes frente a riesgos mecánicos
- Guantes frente a riesgos químicos
- Guantes frente a riesgos térmicos
- Calzado de seguridad

Otros: _____

- 5.1. ¿Considera que son adecuados? SI NO

6. ¿Conoce cómo debe actuar en caso de emergencia? SI NO

RIESGOS IDENTIFICADOS Y PERCEPCIÓN DE PELIGROSIDAD Indique los riesgos que identifique en su puesto de trabajo junto con la probabilidad de ocurrencia de lesión que considere, así como la severidad de la misma. Anexa a la siguiente tabla, se adjuntan definiciones explicativas de cada uno de los riesgos seleccionables.

RIESGO	PROBABILIDAD DE SUFRIR LESIÓN			SEVERIDAD DE LA LESIÓN			RIESGO	PROBABILIDAD DE SUFRIR LESIÓN			SEVERIDAD DE LA LESIÓN		
	BAJA	MEDIA	ALTA	LIGERAMENTE DAÑINO	DAÑINO	EXTREMADAMENTE DAÑINO		BAJA	MEDIA	ALTA	LIGERAMENTE DAÑINA	DAÑINA	EXTREMADAMENTE DAÑINA
CAÍDA DE PERSONAS A DISTINTO NIVEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONTACTOS ELÉCTRICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAÍDA DE PERSONAS AL MISMO NIVEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INHALACIÓN O INGESTIÓN DE SUST. NOCIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAÍDA DE OBJETOS POR DESPLOME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONTACTOS CON SUSTANCIAS, IRRITANTES, CAÚSTICAS Y/O CORROSIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAÍDAS DE OBJETOS POR MANIPULACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXPOSICIÓN A RADIACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAÍDAS DE OBJETOS DESPRENDIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXPLOSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PISADAS SOBRE OBJETOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INCENDIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOLPES CONTRA OBJETOS INMÓVILES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CAUSADOS POR SERES VIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOLPES, CORTES Y CONTACTOS CON ELEMENTOS MÓVILES DE EQUIPOS DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATROPELLOS, GOLPES Y CHOQUES CON O CONTRA VEHÍCULOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOLPES Y CORTES POR OBJETOS O HERRAMIENTAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACCIDENTES EN TRÁNSITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROYECCIÓN DE FRAGMENTOS O PARTÍCULAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CAUSAS NATURALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATRAPAMIENTOS POR Y ENTRE OBJETOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXPOSICION A RUIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATRAPAMIENTOS POR VUELCO DE EQUIPOS DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXPOSICION A VIBRACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOBRESFUERZOS Y/O MOVIMIENTOS REPETITIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXPOSICION A AGENTES BIOLÓGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPOSICIÓN A TEMPERATURAS EXTREMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXPOSICION A AGENTES CARCINOGENÉTICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTÁCTOS TÉRMICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LEYENDA RIESGOS

Caídas de personas a distinto nivel.	Incluye tanto las caídas de altura (edificios, máquinas, andamios, vehículos, etc.), como en profundidades (piqueras)
Caídas de personas al mismo nivel.	Caídas en lugares de paso o superficies de trabajo.
Caída de objetos por desplome.	Desplomes de edificios, muros, andamios, escaleras, mercancías almacenadas, etc...
Caída de objetos por manipulación.	Caídas de herramientas, materiales, etc., sobre un trabajador, siempre que el propio accidentado sea la persona a quien le cae el objeto manipulado.
Caída de objetos desprendidos.	Caídas de herramientas, materiales, etc., sobre un trabajador, siempre que éste no las esté manipulando.
Pisadas sobre objetos.	Incluye los accidentes que dan lugar a lesiones como consecuencia de pisadas sobre objetos cortantes o punzantes.
Golpes contra objetos inmóviles.	Golpes contra un objeto que no estaba en movimiento.
Golpes, cortes y contactos con elementos móviles de equipos de trabajo.	El trabajador sufre golpes, cortes, rasguños, etc., ocasionados por elementos móviles de máquinas e instalaciones.
Golpes y cortes por objetos o herramientas.	El trabajador se lesiona por el uso de martillos, golpes con otras herramientas u objetos (madera, piedra, etc.).
Proyección de fragmentos o partículas.	Debidos a la proyección sobre el trabajador, de partículas o fragmentos procedentes de máquinas o herramientas.
Atrapamientos por o entre objetos	Incluye la posibilidad de introducir una parte del cuerpo en aberturas o mecanismos de las máquinas o de diversos materiales.
Atrapamientos por vuelco de equipos.	Incluye los atrapamientos debidos a vuelcos de tractores, vehículos u otras máquinas, quedando el trabajador aprisionado por ellas.
Sobreesfuerzos y/o movimientos repetitivos.	Originados por la manipulación de cargas o por movimientos mal realizados. Accidentes que tienen como origen la repetitividad de tareas.
Exposición a temperaturas extremas.	Accidentes causados al encontrarse el trabajador en un ambiente excesivamente frío o caliente.
Contactos térmicos.	Accidentes debidos a objetos a temperaturas extremas que entran en contacto con cualquier parte del cuerpo (se incluyen líquidos y sólidos).
Contactos eléctricos.	Se incluyen todos los accidentes causados por la electricidad.
Inhalación o ingestión de sustancias nocivas.	Contempla los accidentes originados por estar en una atmósfera tóxica o la ingestión de productos nocivos. Se incluyen las asfixias.
Contactos con sustancias irritantes, cáusticas y/o corrosivas.	Considera los accidentes por contactos con sustancias y productos que dan lugar a lesiones externas.
Exposición a radiaciones.	Se incluyen tanto las ionizantes como las no ionizantes.
Explosiones.	Acciones que dan lugar a lesiones causadas por la onda expansiva o sus efectos secundarios.
Incendios.	Acciones producidas por los efectos del fuego o sus consecuencias.
Causados por seres vivos.	Se incluyen los accidentes causados directamente por personas y animales, ya sean agresiones, mordiscos, picaduras, etc.
Atropellos, golpes y choques con o contra vehículos.	Comprende los atropellos de personas por vehículos, así como los accidentes de vehículos en los que el trabajador lesionado va sobre el vehículo o vehículos. No se incluyen los accidentes de tráfico.
Accidentes en tránsito	Están comprendidos en este apartado los accidentes de tránsito ocurridos dentro de la jornada laboral independientemente que sea su tarea habitual o no. Accidentes in itinere y en misión.
Causas naturales.	Se incluyen los accidentes sufridos dentro del centro de trabajo, pero que no son consecuencia del propio trabajo. Puede ser el caso de infarto de miocardio, angina de pecho, etc.
Exposición a ruido	Presencia en el puesto de trabajo de sonidos desagradables que pueden provocar pérdida de audición en los trabajadores expuestos. Niveles diarios equivalentes superiores a 80 dBA o picos superiores a 135 dBC.
Exposición a vibraciones.	Riesgo derivado de actividades en las que los trabajadores estén o puedan estar expuestos a riesgos derivados de vibraciones mecánicas como consecuencia de su trabajo.
Exposición a agentes biológicos.	Riesgo derivado de actividades en las que los trabajadores estén o puedan estar expuestos a microorganismos susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad.
Exposición a agentes carcinogénicos.	Presencia o manipulación en el puesto de trabajo de agentes clasificados como C1 o C2.
Otros.	Cualquier otra forma de accidente no contemplada en los apartados anteriores.