

## Cuestionario para la Recopilación de Información Sobre Olores Objetables en la UPRB

### Propósito:

El siguiente cuestionario se preparó con el objetivo de recopilar información relacionada con olores objetables que ocurran en cualquier edificio en la Universidad de Puerto Rico en Bayamón. El mismo responde a una recomendación de la División de Reacción a Emergencias Ambientales de la Junta de Calidad Ambiental. El objetivo es recopilar información sobre sintomatología de parte de los empleados afectados y deberá llenarse un cuestionario cada vez que ocurra un evento. Además, lo podrán llenar empleados que hayan vivido eventos pasados, de manera que se pueda recopilar información por el período más amplio posible.

El cuestionario se completará voluntariamente y se garantiza la canalización y confidencialidad de la información suministrada. De esta manera, cumpliremos con los requerimientos que exige la *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPPA). El empleado entregará el mismo en la Oficina de Servicios Médicos, quien será custodio del documento. Posteriormente la información se tabulará para el análisis y la acción correspondiente.

### I. Informe Demográfico *(por favor, escriba esta información con bolígrafo de tinta o a máquina)*

1. Nombre de persona afectada: \_\_\_\_\_

2. Edad: \_\_\_\_\_ 3. Sexo: \_\_\_\_\_ 4. Depto/Oficina: \_\_\_\_\_

5. Evento de olor objetable detectado: \_\_\_\_\_

6. Fecha en que ocurrió: \_\_\_\_\_

7. Hora: \_\_\_\_\_

8. Edificio (indique cual): \_\_\_\_\_

#### Área en específico

9. Oficina: \_\_\_\_\_

11. Baños: \_\_\_\_\_

10. Salón: \_\_\_\_\_

12. Pasillo (indique): \_\_\_\_\_

13. Otro (indique): \_\_\_\_\_

14. Describa el olor percibido: \_\_\_\_\_

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

## II. Sintomatología Presentada

15. Presentó síntomas:      **Sí**      **No** (pase a la pregunta 21)

16. Fecha de comienzo: \_\_\_\_\_

17. Hora de comienzo: \_\_\_\_\_

18. Duración de los síntomas: \_\_\_\_\_

19. Haga una equis (X) en aquellos síntomas que afectan su salud por los olores objetables de este evento

A. Fuerte dolor de cabeza

E. Mareos

J. Garganta Irritada

B. Dolor de cabeza

F. Náuseas

K. Vómitos

C. Fatiga

G. Dolor de pecho

L. Adormecimiento de las extremidades

D. Cansancio

I. Ojos irritados

M. Sueño

N. Otros (indique): \_\_\_\_\_

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

20. Si tuvo erupción indique el lugar:

cara

brazos

manos

piernas

todo el cuerpo

21. Fuma:      Sí      No

22. Fumaba:      Sí      No

23. Indique si se le ha diagnosticado alguna de estas condiciones:

A. Asma

B. Fatiga

C. Enfisema

D. Daño por trauma

24. Indique si es alérgico a:

A. medicamentos (cuáles) \_\_\_\_\_

B. alimentos (cuáles) \_\_\_\_\_

C. otro: \_\_\_\_\_

### III. Atención médica al momento del incidente

25. Recibió atención de Emergencias Médicas:      Sí      No

26. Recibió atención de la Oficina de Servicios Médicos de la UPRB:      Sí      No

27. Recibió oxígeno:      Sí      No

28. Se refirió a alguna facilidad médica:      Sí      No      Cuál: \_\_\_\_\_

29. *Resuma la(s) recomendación(es) que le hizo el médico:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

30. ¿Abandonó la UPR-B sin recibir atención médica?:      Sí      No

31. ¿Fue atendido en alguna otra facilidad médica?:      Sí      No

    Indique cuál: \_\_\_\_\_

32. ¿Fue hospitalizado por el incidente?:      Sí      No

    Si fue hospitalizado, indique:

        Institución: \_\_\_\_\_

        Tiempo de hospitalización: \_\_\_\_\_

33. ¿Le fue extraída una muestra de sangre?:      Sí      No

34. ¿Alguna persona de su hogar ha presentado síntomas similares a los informados en este Cuestionario?:

    Sí      No

35. A continuación indique cualquier comentario o información que estime importante:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_