

ENCUESTA PROVINCIAL SOBRE ART

Distrito: _____		Fecha: _____	
Lugar de la encuesta: <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> UMP <input type="checkbox"/> Seccional <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Taller de la voz			
Cargo/s (anote hasta 2 cargos)		Modalidad	
1. _____		_____	
2. _____		_____	
Horas reloj de trabajo semanales: _____		Años de antigüedad en la docencia: _____	
Cantidad de escuelas en las que trabaja: _____			
Por favor responda las siguientes preguntas marcando con una cruz lo que corresponda y siguiendo el flujo que indican las flechas. ¡Muchas gracias!			
1. Desde 1996 a la actualidad ¿ha tenido disfonía causada por la sobrecarga de la voz en el trabajo (disfonía profesional)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No →		12. Desde 1996 a la actualidad ¿ha tenido un accidente de trabajo o in itinere (en el trayecto desde o hacia el trabajo)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → <i>Fin del cuestionario. Muchas gracias</i>	
2. ¿Recurrió a la seccional sindical por asesoramiento o ayuda? <input type="checkbox"/> Sí → ¿De qué sindicato? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Suteba <input type="checkbox"/> Otro ↓		13. ¿Recurrió a la seccional sindical por asesoramiento o ayuda? <input type="checkbox"/> Sí → ¿De qué sindicato? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Suteba <input type="checkbox"/> Otro ↓	
3. ¿Hizo la denuncia ante Provincia ART? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		14. ¿Hizo la denuncia ante Provincia ART? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Por qué motivo/s no hizo la denuncia? <input type="checkbox"/> Falta de información <input type="checkbox"/> Preferencia de obra social o tratamiento particular <input type="checkbox"/> Desconfianza en el sistema de riesgos del trabajo <input type="checkbox"/> Falta de tiempo <input type="checkbox"/> Situación de revista <input type="checkbox"/> Falta de prestadores médicos en su distrito <input type="checkbox"/> Otro motivo → <i>Siga en Preg. N° 12</i>		15. ¿Por qué motivos/s no hizo la denuncia? <input type="checkbox"/> Falta de información <input type="checkbox"/> Preferencia de obra social o tratamiento particular <input type="checkbox"/> Desconfianza en el sistema de riesgos del trabajo <input type="checkbox"/> Falta de tiempo <input type="checkbox"/> Situación de revista <input type="checkbox"/> Falta de prestadores médicos en su distrito <input type="checkbox"/> Otro motivo → <i>Fin del cuestionario. Muchas gracias</i>	
5. ¿Recibió tratamiento a través de Provincia ART? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → <i>Siga en Preg. N° 12</i>		16. ¿Recibió tratamiento a través de Provincia ART? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → <i>Fin del cuestionario. Muchas gracias</i>	
6. ¿Dónde realizó el tratamiento? <input type="checkbox"/> En su distrito <input type="checkbox"/> En otro distrito		17. ¿Dónde realizó el tratamiento? <input type="checkbox"/> En su distrito <input type="checkbox"/> En otro distrito	
7. ¿Cuánto tiempo le llevaba trasladarse desde su domicilio hasta el lugar del tratamiento? <input type="checkbox"/> Menos de media hora <input type="checkbox"/> Entre media hora y una hora <input type="checkbox"/> Entre una hora y dos horas <input type="checkbox"/> Más de dos horas		18. ¿Cuánto tiempo le llevaba trasladarse desde su domicilio hasta el lugar del tratamiento? <input type="checkbox"/> Menos de media hora <input type="checkbox"/> Entre media hora y una hora <input type="checkbox"/> Entre una hora y dos horas <input type="checkbox"/> Más de dos horas	
8. ¿El tratamiento que recibió fue efectivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> No		19. ¿El tratamiento que recibió fue efectivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> No	
9. ¿Realizó además un tratamiento particular o en la obra social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		20. ¿Realizó además un tratamiento particular o en la obra social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. En el momento del alta de la ART, ¿estaba en condiciones de reincorporarse a su trabajo habitual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		21. En el momento del alta de la ART, ¿estaba en condiciones de reincorporarse a su trabajo habitual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. ¿Fue recalificado/a? <input type="checkbox"/> Sí → <i>Siga en Preg. N° 12</i> <input type="checkbox"/> No →		22. ¿Fue recalificado/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → <i>¡Muchas gracias!</i>	