

## ANEXO III

### CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN EN SITUACIONES DE TELETRABAJO

**CONSEJERÍA:**  
**CENTRO DIRECTIVO:**  
**UNIDAD:**

#### A. DATOS PERSONALES

- a. Apellidos y nombre:
- b. N.º DNI:
- c. ¿Dispone de informe de aptitud emitido por el médico especialista en Medicina del Trabajo? SÍ NO
- d. En caso afirmativo, ¿Ha resultado apto para el desempeño de su puesto de trabajo? SÍ NO
- e. ¿Se la ha efectuado alguna adaptación/cambio de puesto de trabajo por motivos de salud? SÍ NO
- f. En caso afirmativo especificar en qué ha consistido la adaptación

#### B. DATOS DEL PUESTO

- a. N.º RPT:
- b. Denominación:
- c. Localidad:

Con el fin de que el puesto de teletrabajo cumpla con las disposiciones mínimas en materia de seguridad y salud en el trabajo, la persona teletrabajadora deberá comprobar el cumplimiento de una serie de requisitos, para evitar los riesgos que pudieran estar presentes en el puesto de trabajo, en especial los derivados de posibles factores de riesgos de Seguridad, Ergonómicos, Psicosociales y Organizativos.



Para ello, se ha diseñado el siguiente cuestionario de autoevaluación, dividido en tres secciones:

1. ENTORNO DE TRABAJO:
  1. Espacio de Trabajo
  2. Iluminación
  3. Ruido
  4. Condiciones ambientales
2. EQUIPO DE TRABAJO:
  1. Mesa
  2. Silla
  3. Reposapiés
  4. Pantalla
  5. Teclado

**Instrucciones para la cumplimentación del cuestionario:**

1. El cuestionario deberá ser cumplimentado por la persona trabajadora recabando la información de las condiciones particulares presentes en su domicilio.
2. Las preguntas del cuestionario están referidas a las condiciones específicas del lugar en el que la persona trabajadora desempeña el trabajo con la ayuda del ordenador y elementos auxiliares (teléfono, documentos, etc.). Por lo tanto, no se refiere a las condiciones generales del domicilio sino únicamente a las referidas al lugar físico en el que realiza la tarea.
3. Las respuestas al cuestionario deberán basarse en los requerimientos mínimos que, para cada caso, establece la guía específica publicada por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
4. El cuestionario será remitido al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales quien valorará la adecuación o no del puesto de trabajo.



## CUESTIONARIO AUTOEVALUACIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES:

### Normativa de referencia:

Ley 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales

Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo, y su correspondiente Guía Técnica del INSST.

Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización y su correspondiente Guía Técnica del INSST.

Responda al siguiente cuestionario, indicando SI o NO para cada uno de los ítems que a continuación se relacionan:

<b>ENTORNO DE TRABAJO</b>		
<b>ESPACIO DE TRABAJO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Dispones de espacio suficiente en torno a tu puesto para acceder al mismo, así como, para levantarte y sentarte sin dificultad?		
2. ¿El puesto de trabajo tiene una dimensión suficiente y está acondicionado de tal manera que existe espacio suficiente para permitir los cambios de postura y movimientos de trabajo?		
3. ¿El espacio de trabajo está libre de cables por el suelo u otros objetos por las zonas de paso?		
4. ¿Utilizas conexiones intermedias para conectar los equipos a la red?		
<b>ILUMINACIÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
5. En general, ¿se dispone de iluminación natural que puede complementarse con una iluminación artificial cuando la primera no garantice las condiciones de visibilidad adecuadas? En cualquier caso, ¿el puesto tiene una iluminación que permite realizar la tarea con comodidad?		
6. ¿La mesa y la pantalla están ubicadas de modo que se eviten deslumbramientos o reflejos sobre la pantalla?		
<b>RUIDO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
7. ¿El nivel de ruido ambiental dificulta la comunicación o la atención en tu trabajo?		
<b>CONDICIONES AMBIENTALES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
8. ¿Las condiciones ambientales (temperatura y humedad) son confortables?		
<b>EQUIPO DE TRABAJO</b>		
<b>MESA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
9. ¿Las dimensiones de la mesa son suficientes para colocar de forma cómoda los elementos de trabajo? (pantalla, teclado, documentos, material accesorio)		
10. ¿La mesa es poco reflectante?		



11. ¿El espacio disponible debajo de la superficie de trabajo es suficiente para permitirte una posición cómoda?		
<b>SILLA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
12. ¿Dispone la silla de 5 puntos de apoyo para el suelo?		
13. ¿La altura del asiento y su respaldo (altura e inclinación) son regulables?		
<b>REPOSAPIES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
14. En caso de necesitar un reposapiés ¿dispone de uno?		
<b>PANTALLA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
15. ¿Se puede regular la altura de la pantalla? (Por disponer de soporte, base regulable o cualquier otro elemento que permita regular la altura de la pantalla).		
16. ¿Los caracteres de la pantalla están bien definidos y son nítidos?		
17. ¿Se puede ajustar fácilmente la distancia de la pantalla (moviéndola en profundidad) para conseguir una distancia de visión adecuada a sus necesidades?		
18. ¿Tienes la pantalla colocada frente a ti?		
19. En caso de necesitar un atril o porta documentos, ¿dispones de él?		
<b>TECLADO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
20. ¿El teclado es independiente de la pantalla?		
21. ¿Se puede regular la altura del teclado?		
22. ¿Existe un espacio suficiente (mínimo 10 cm) para apoyar las manos y/o antebrazos delante del teclado? (Por disponer de soporte, base regulable o cualquier otro elemento que permita regular la altura de la pantalla)		
<b>RATÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
23. ¿Dispone de ratón independiente?		

**[DOCUMENTO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE]**

## **INFORME DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

**FAVORABLE**

**DESFAVORABLE**

**[DOCUMENTO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE]**