

ESTUDIO SOBRE RUIDO EN EL BARRIO DE “EL PARQUE”

TALAVERA DE LA REINA (TOLEDO)

1. ¿Cómo de satisfecho se siente en su barrio?

Muy satisfecho Bastante Poco Nada satisfecho

2. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en el?

.....

3. ¿Cuántas personas viven en casa? ¿Son todos familia? Si No

4. ¿Considera que existen problemas de ruido en su barrio?

Si No

5. ¿Sabía UD. que el ruido está considerado como contaminante?

Si No

6. ¿Cómo de afectado está por problemas de este tipo?

Muy afectado Bastante Poco Nada afectado

7. ¿En que momento del día le resulta más molesto el ruido?

Diario – mañana

Festivo – mañana

Diario – noche

Festivo – noche

8. ¿Cuánto le molestan las siguientes fuentes de ruido?

- | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| - Trafico | Mucho <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Poco <input type="checkbox"/> | Nada <input type="checkbox"/> |
| - Autobuses | Mucho <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Poco <input type="checkbox"/> | Nada <input type="checkbox"/> |
| - Camiones | Mucho <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Poco <input type="checkbox"/> | Nada <input type="checkbox"/> |
| - Ciclomotores | Mucho <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Poco <input type="checkbox"/> | Nada <input type="checkbox"/> |
| - Bares y terrazas | Mucho <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Poco <input type="checkbox"/> | Nada <input type="checkbox"/> |
| - Gente en la calle | Mucho <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Poco <input type="checkbox"/> | Nada <input type="checkbox"/> |
| - Recogida de basuras | Mucho <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Poco <input type="checkbox"/> | Nada <input type="checkbox"/> |
| - Obras | Mucho <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Poco <input type="checkbox"/> | Nada <input type="checkbox"/> |

9. ¿Le afecta alguna fuente de ruido no mencionada anteriormente? En caso afirmativo, ¿cuál o cuáles?

.....
.....
.....

Para que el estudio sea válido, es necesario que indique el nombre de la calle y piso (sólo la altura) en el que está situado su domicilio. Salvo los requeridos, NO indique ningún otro dato identificable. Muchas Gracias

10. ¿Padece UD. Alguno de estos problemas?

- Trastornos del sueño
- Estrés
- Cansancio
- Ansiedad
- Pérdida de audición
- Vértigos
- Nerviosismo
- Mal humor

11. ¿Sabe UD. que los problemas anteriores pueden estar relacionados con la exposición a determinados niveles de ruido?

Si No

12. En su caso concreto, ¿cree que el ruido puede ser el causante de esos problemas de salud?

Si No

13. ¿Qué sistemas utiliza en su hogar para combatir el exceso de ruido?

- Insonorización de la vivienda
- Insonorización de los dormitorios
- Instalación de doble ventana
- Medicamentos para conciliar el sueño
- Tapones para los oídos
- Ninguno
- Otros

14. ¿Cuál de estas medidas considera que serían útiles para luchar contra el ruido?

- Controlar periódicamente los niveles de ruido
- Cortar y/o desviar el tráfico a determinadas horas
- Reducir el número de licencias para bares, pubs, discotecas, terrazas, etc.
- Reducir los niveles de ruido máximos permitidos
- Insonorizar bares, pubs, discotecas, etc
- Ninguna
- Otras

15. ¿Si fuese posible cambiaría su vivienda por otras ubicada en una zona más tranquila y silenciosa?

Si No

Calle, Avenida, Plaza:	Piso:
------------------------	-------

Para que el estudio sea válido, es necesario que indique el nombre de la calle y piso (sólo la altura) en el que está situado su domicilio. Salvo los requeridos, NO indique ningún otro dato identificable. Muchas Gracias