CompromISO SENA SIGA
Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol

Andresain Tellez Correa
Usuario De Consulta

Módulo - SG-SST

Lunes, Abril 8 de 2024

Tarjeta Observación del Entorno
Estándares Mínimos
Evaluar Requisitos
Matriz de Peligros
Inspecciones Planeadas
Banco de Integrantes
Profesiograma
Planilla Y
FIIAT
Formularios
Salir del Módulo



- **Formulario :** AUTORREPORTE DE SINTOMAS DE SALUD
  - **Tema :** DATOS GENERALES

Pregunta	Respuesta
Nombre Completo	ANDRESAIN TELLEZ CORREA
Número de Cédula	1070607997
Edad	31
Correo Personal	atellezc0917@gmail.com
Correo Institucional	atellezc@sena.edu.co
Genero	Masculino
Antigüedad en el trabajo (años - meses)	3 meses
Estado civil	Unión libre
Cargo actual	INSTRUCTOR BILINGUISMO
Escolaridad	Universitario
Titulo obtenido	LIC LENGUAS EXTRANJERAS INGLES - FRANCES
Nivel	Profesional
Regional donde trabaja	ARAUCA
Dependencia / Centro	CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDU
Grupo Sanguíneo	O+
Vivienda	Arriendo
Estrato Socioeconómico	Dos
Raza	Mestizo
Direccion y municipio de vivienda	CARRERA 19 #10-98
Teléfono y Celular	3025261675
Numero de personas a cargo	Ninguna
Eps	NUEVA EPS
AFP	PORVENIR
Fecha de diligenciamiento de esta encuesta	2024-04-09
Actividad SG-SST	Ninguna
Tiene algún grado de diversidad funcional (Discapacidad)	No
Que tipo de diversidad funcional tiene	Ninguna

Tiene certificado de discapacidad emitido por EPS - Secretaria de Salud - Grupo interdisciplinario	No

• **Tema :** CONDICIONES GENERALES

Pregunta	Respuesta
¿Tiene ahora una enfermedad?	No
¿Está perfectamente de salud y en forma?	Si
¿Necesita Vitaminas?	Si
¿Se siente agotado y sin fuerzas para nada?	No
¿Tiene perdida de peso reciente sin dieta?	No
¿Ha tenido sensación de que esta enfermo?	Si

• **Tema :** CONDICIONES SISTEMA RESPIRATORIO

Pregunta	Respuesta
¿Presenta actualmente tos?	No
¿Presenta dificultad para respirar?	No
¿Actualmente tiene opresión en el pecho?	No

• **Tema :** CONDICIONES OSTEOMUSCULARES GENERALES

Pregunta	Respuesta
¿Presenta dolor en alguna articulación?	No
¿Presenta hinchazón en alguna articulación?	No
¿Presenta calor en alguna articulación?	No
¿Ha tenido lesiones deportivas?	No
¿Ha estado incapacitado por lesión deportiva?	No
¿Ha estado incapacitado por accidente de trabajo?	No
¿Presenta dolor muscular o de los huesos	Si
¿El dolor impide el sueño?	No
¿El dolor interfiere la vida diaria?	No
¿Presenta dolor en los dedos de las manos?	No
¿Presenta dolor en el dedo gordo de algún pie?	No
¿Tiene dolor de la rodilla?	Si
¿Ha tenido esguince de rodilla o pie?	No

• **Tema :** CONDICIONES DE ACTIVIDAD FISICA

Pregunta	Respuesta
¿Usted hace ejercicio?	Si
¿Realiza ejercicio una a tres veces por semana?	Si
¿Realiza ejercicio mas de tres veces por semana?	Si
¿Realiza ejercicio solo los fines de semana?	No

• **Tema :** CONDICIONES CARDIOVASCULARES

Pregunta	Respuesta
¿Ha tenido electrocardiogramas anormales?	No
¿Sus padres tuvieron infarto antes de los 55 años?	No

¿Sus padres han tenido derrame celebrar?	No
¿Presenta varices en las piernas?	No
¿Usted fuma o vapea?	No
¿Usted fuma o vapea actualmente solo una vez al día?	No
¿Usted fuma o vapea entre 1 a 10 cigarrillos al dia?	No
¿Usted fuma o vapea mas de 10 cigarrillos al día?	No
¿Usted es hipertenso?	No
¿Toma usted medicación para la presión arterial alta?	No
¿Toma usted medicación para el colesterol?	No
¿Toma usted medicación para la diabetes?	No
¿Toma aspirina diariamente?	No
¿Usted toma medicacion para el infarto?	No
¿Usted toma medicacion para el derrame cerebral?	No
¿Usted ha tenido trombosis en las extremidades?	No
¿Usted toma medicacion para la trombosis?	No
¿Siente palpitaciones?	No
¿Siente algún dolor en el pecho?	No
¿Siente fatiga o dolor en el pecho al caminar?	No
¿Siente dolor en el brazo izquierdo?	No
¿Siente opresión en la cabeza o que le va a estallar?	No
¿Siente pesadez en las extremidades inferiores?	No
¿Usted ha tenido infarto?	No
¿Usted ha tenido trombosis venosa?	No
¿Usted ha tenido tromboembolismo pulmonar?	No
¿Usted ha tenido cirugía cardiaca?	No
¿usted ha tenido cateterismo cardiaco?	No
¿Usted ha tenido anormalidades del corazón en la infancia?	No
¿Otra condición de salud del corazón en tratamiento?	No
¿Tiene usted arritmia cardiaca?	No
¿Tiene usted obesidad?	No
¿Tiene usted fatiga al caminar o subir escaleras?	No
¿Tiene usted tratamiento anticoagulante?	No

• **Tema :** CONDICIONES ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Pregunta	Respuesta
¿Presenta disminución de la audición?	No
¿Usted tiene hobbies ruidosos como el tejo?	No
¿Usa audífonos para mejorar su audición?	No

¿Ha tenido tratamiento para la tuberculosis?	No
¿Tiene antecedentes familiares de sordera?	No
¿Tiene calificación de enfermedad auditiva?	No
¿Tiene restricción laboral por problemas auditivos?	No
¿Presenta cansancio en sus ojos al leer y al escribir?	No
¿Se frota continuamente los ojos?	No
¿Tiene visión doble?	No
¿Acerca mucho el papel al leer?	No
¿Se salta las líneas del texto al leer?	No
¿Tiene dificultad para copiar de un lugar a otro?	No
¿Omite pequeñas palabras al leer?	No
¿Tiene una velocidad de lectura lenta?	No
¿Pierde frecuentemente el punto de lectura?	No
¿Confunde derecha con izquierda?	No
¿Invierte las letras y palabras?	No
¿Ha sido evaluado por alguna enfermedad visual?	Si
¿Tiene dificultades al ver y alcanzar objetos?	No
¿Presenta usted visión borrosa después de leer?	No
¿Tiene dificultad para enfocar de cerca?	No
¿Le molesta la luz?	No
¿Tiene dolor de cabeza o de ojos?	Si
¿Reconoce el color rojo?	Si
¿Reconoce el color verde?	Si
¿Reconoce el color azul?	Si
¿La lectura es dificil, las letras se mueven?	No
¿Ha disminuido recientemente su vision?	Si
¿Ha tenido ceguera de alguno de los ojos?	No

• **Tema :** CONDICIONES MEDICO LABORALES

Pregunta	Respuesta
¿Actualmente tiene recomendaciones laborales?	No
¿Tiene perdida de capacidad laboral (PCL)?	No
¿Tiene enfermedad laboral?	No
¿Ha tenido accidente de trabajol?	No
¿Ha tenido accidente deportivo laboral?	No
¿Esta actualmente en rehabilitación?	No
¿Tiene pendiente calificación de PCL?	No
¿Su sitio de trabajo es ruidoso?	No

¿Su sitio de trabajo es frio?	No
¿Su sitio de trabajo es caluroso?	Si
¿Su sitio de trabajo es ventilado?	Si
¿Su sitio de trabajo es aseado?	Si
¿Su sitio de trabajo es cómodo?	Si
¿Su trabajo le permite dormir en la noche?	Si
¿El descanso entre jornadas es suficiente?	No
¿El trabajo le permite desviar la atención?	Si
¿Puede variar su ritmo de trabajo?	Si
¿Puede tomar pausas activas en su trabajo?	Si
¿Realiza pausas activas en su trabajo?	Si
¿Viaja usted frecuentemente por su trabajo?	No
¿Usted se encuentra preocupado por su trabajo en el tiempo libre?	Si
¿Mis aptitudes actuales se ajustan al trabajo?	Si
¿Requiero formacion para afrontar mi trabajo?	Si
¿Tiene dificultad para quedarse dormido?	Si
¿Amanece cansado al levantarse?	Si
¿Amanece como si no hubiera dormido?	Si

• **Tema :** CONDICIONES DEL ESTADO DE ANIMO

Pregunta	Respuesta
¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	No
¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	No
¿Le cuesta mas tiempo hacer las cosas?	No
¿Se ha sentido incapaz de tomar decisiones?	No
¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	Si
¿Tiene dificultades para dormir de un tirón toda la noche?	Si
¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	Si
¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	No
¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	No
¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	No
¿Tiene nervios y/o esta "a punto de explotar" constamente?	No
¿Se siente alegre y de buen humor?	No
¿Se siente poco feliz o deprimido?	No
¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	No
¿Ha presentado sincope o perdida del conocimiento?	No
Se siente con los nervios a flor de piel o malhumorado?	No
¿Ha conducido bajo efectos del alcohol o psicoactivos?	No

¿La gente lo ha criticado por su forma de beber?	No
¿El alcohol o psicoactivos lo relajan en la mañana?	No
¿Ha tenido líos por el uso de alcohol o sustancias psicoactivas?	No
¿Ha olvidado lo que hizo cuando uso alcohol o psicoactivos?	No
¿Se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No
¿Ha fumado o probado marihuana alguna vez?	No
¿Ha usado sustancias que altere su estado de ánimo?	No
¿Me he sentido nervioso, ansioso o al limite de mis capacidades?	Si
¿Me he sentido incapaz de controlar las preocupaciones?	Si
¿He tenido dificultad para relajarme?	Si
¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos licor?	No
¿Se siente deprimido luego de pandemia?	No
¿Si padeció de Covid le altero el estado de animo?	No
¿Tiene miedo a morir luego de la pandemia?	No
¿Ha tenido algún sentimiento negativo luego de la pandemia?	No

• **Tema :** CONDICIONES ESPECIFICAS SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Pregunta	Respuesta
¿Tiene dolor en el cuello?	No
¿Tiene sensación de hormigueo en el cuello?	No
¿Tiene chasquidos o ruidos al mover el cuello?	No
¿Sufre de dolor de espalda en los últimos 3 meses?	Si
¿El dolor de espalda no le permite dormir?	No
¿Ha consultado por el dolor de espalda los últimos 3 meses ?	No
¿Presenta actualmente dolor de espalda?	Si
¿Presenta dolor en alguno de sus hombros?	No
¿Presenta chasquido en alguno de los hombros?	No
¿Ha tenido síndrome de manguito rotador?	No
¿Tiene dolor en algún codo?	No
¿Tiene debilidad en algún codo?	No
¿Tiene sensación de hormigueo en algún codo?	No
¿Ha tenido epicondilitis?	No
¿Tiene sensación de hormigueo en alguna muñeca?	No
¿Tiene dolor en alguna muñeca?	No
¿Tiene deformidad en alguna de sus muñecas?	No
¿Tiene adormecimiento en alguna muñeca?	No
¿Presenta debilidad en la muñeca al agarrar objetos?	No
¿Presenta dolor en la muñeca al agarrar objetos?	No

¿Tiene síndrome de túnel carpiano?	No
¿Tiene tendinitis de los dedos de la mano?	No
¿Tiene dolor en los dedos de la mano?	No
¿Tiene deformidad en los dedos de la mano?	No
¿Tiene osteoartritis diagnosticada?	No
¿Tiene artritis reumatoide?	No
¿Ha tenido esguince de tobillo?	No
¿Padece de fibromialgia?	No
¿Padece de tendinitis de Quervain?	No
¿Padece de lumbago?	No
¿Padece de hernias discales?	No
¿Ha tenido fracturas que impiden su labor?	No
¿Tiene alguna otra enfermedad de las articulaciones?	No

• **Tema :** CONDICIONES RIESGO BIOLOGICO

Pregunta	Respuesta
¿Ha padecido Covid-19, verificado por test?	Si
¿Ha tenido mas de una vez Covid-19?	No
¿Cuántas veces padeció Covid-19?	Una
¿Se ha vacunado contra el Covid-19?	Si
Marca de las vacunas que tiene usted	Pfizer
¿Presento eventos adversos postvacunales?	No
¿Cuantas vacunas ha recibido?	Dos
¿Ha padecido Dengue?	No
¿Ha padecido malaria?	No
¿Ha padecido accidente ofídico (serpientes)?	No
¿Ha padecido mordedura de animales?	No

• **Tema :** CONDICIONES DE SALUD BRIGADISTAS

Pregunta	Respuesta
¿Tiene miedo a las alturas?	Si
¿Tiene miedo a los espacios cerrados como ascensores?	No
¿Tiene miedo a ver sangre?	No
¿Es la primera vez que se postula para una brigada de emergencias?	Si
¿Ha pertenecido a brigadas de evacuación?	No
¿Ha pertenecido a brigada contra incendio?	No
¿Ha pertenecido a brigada de primeros auxilios?	No
¿Sabe nadar?	Si
¿Ha tenido capacitacion en RCP o resucitación cardiovascular?	Si
¿Sabe usar un desfibrilador?	No

¿Ha usado un desfibrilador?	No
¿Tiene alergias?	No
¿Ha asistido a pistas de entrenamiento de brigadas?	No

→AUTORREPORTE DE SINTOMAS DE SALUD

Adicionar

Todos los Derechos Reservados © INPUT Technologies