TECNOAGUAS La ciencia del agua pura	**ENCUESTA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO PERSONAL ADMINISTRATIVO**	**FM_161**
		Rev. 01

DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

Empresa:	
Fecha de evaluación:	

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: _____ Género: _____

Direcció _____ Teléfono: _____

Cédula: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento : _____

Nivel de estudios Secundaria: ___ Técnico:___ Tecnólogo: _____ Profesional: _____

Estatura _____ Peso ____ Con que mano _____

Contrato indefinido _____ Contrato obra y labor ___ Contrato término fijo ___

EPS: _____ ARL: _____ Grupo Sanguíneo: ___ RH: _____

Antigüedad en la Empresa: _____

Cargo: _____ Horas laborales _____

Ha tenido accidente de trabajo en los últimos Si _____ No _____ #AT: _____

Fecha: Descripción:

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Enfermedade	SI	NO	FAMILIAR
Cáncer			
Diabetes			
Hipertensió			
Cardiopatia			
Alergias			
enf.			
Enf.			
Asma			

ANTECEDENTES PERSONALES:

Antecedentes	SI	NO	Cual?
Quirúrgicos			
Hospitalizac			
Traumáticos:			
Alergicos			
Psiquiátrico			
Farmacológic			
Otro:			

CONDICIONES DE TRABAJO

Por favor conteste todas las preguntas de la manera más honesta posible, esta información es confidencial.

	En su puesto de trabajo:	SI	NO
1	La silla se puede ajustar en altura?		
2	La silla cuenta con cinco puntos de apoyo y es estable?		
3	El respaldo le permite ajustar en altura e inclinación?		
4	La altura de la mesa le permite apoyar sus antebrazos con el codo flexionado a 90°?		
5	La altura de la pantalla corresponde con el borde superior de las cejas?		
6	La pantalla del computador está ubicada en frente de usted?		
7	El teclado y el mouse se encuentran a la misma altura?		
8	El teclado se encuentra alineado con el monitor?		
9	Tiene que leer documentos al mismo tiempo que escribe en el teclado?		
10	Tiene que atender el teléfono al mismo tiempo que escribe con el teclado?		
11	Debe digitar mas de la mitad de la jornada laboral?		
12	Esta expuesto a frio intenso?		
13	Esta expuesto a calor intenso?		
14	La iluminación es adecuada?		
15	Existen objetos bajo la mesa que dificulten su movilidad?		

	CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	CUAL?
16	Ha tenido en los ultimos 6 meses dolor en alguna parte del			
17	En el cuello?			
18	En la espalda alta?			
19	En la cintura?			
20	En los hombros?			
21	En los codos?			
22	En las muñecas?			
23	En los dedos?			
24	En la cadera?			
25	En las rodillas?			
26	En los Tobillos?			
27	Relaciona la sintomatología con la actividad laboral que re			

	Ha tenido en los ultimos 6 meses alguno de estos sintomas?	SI	NO	CUAL?
28	Inflamación en las muñecas?			
29	Adormecimiento u hormigueo en las manos?			
30	Disminución de la fuerza en las manos?			
	diagnóstico medico presente de alguna de las siguientes enferme	**SI**	**NO**	**CUAL?**
31	Enfermedades generales de los huesos o las articulaciones como artritis, artrosis, lupus, reumatismo, osteoporosis?			
32	Enfermedades generales de los músculos, tendones, y ligamentos en los miembros superiores como desgarros, bursitis, tendinitis, esguinces?.			
33	Enfermedades generales de los músculos, tendones, y ligamentos en los miembros inferiores como desgarros, bursitis, tendinitis, esguinces?.			
34	Enfermedades de los musculos, huesos, tendones o articulaciones de la espalda?.			
35	Alteraciones en la tiroides como hipertiroidismo o hiportiroidismo?.			
36	Enfermedades del corazón?			
37	Enfermedades de los pulmones?			
38	Diabetes?			
39	Hipertensión arterial?			
40	Colesterol alto?			
41	Trigliceridos altos?			

	HABITOS	SI	NO	CADA CUANTO?
42	Fuma?			
43	Realiza ejercicios?			
44	Ingiere bebidas alcohólicas?			

45	Califique de 1 a 5 el nivel de estrés que usted maneja en la actualidad (1=mín a 5= max)	1	2	3	4	5

OBSERVACIONES
Firma del Trabajador

TECNOAGUAS La ciencia del agua pura	ENCUESTA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO PERSONAL OPERATIVO	FM_162
		Rev. 01

DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

Empresa:	
Fecha de evaluación:	

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: _____ Género: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Cédula: _____ Edad: _____ Fecha de nacimient_____

Nivel de estudios: ecundaria___ Técnico:___ Tecnólogo: _____ Profesional: _____

Estatura mt: _____ Peso ____ Con que mano _____

Contrato indefinido_____ Contrato obra y labor ___ Contrato término fijo ___

EPS: _____ARL: _____ Grupo Sanguíneo: _____ RH: _____

Antigüedad en la Empresa: _____

Cargo: _____ Horas laborales semanales: ____

Ha tenido accidente de trabajo en los últimos seis meses: Si _____ No _____ #AT: _____

Fecha: Descripción:

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Enfermedades	SI	NO	FAMILIAR
Cáncer			
Diabetes			
Hipertensión			
Cardiopatias			
Alergias			
enf. Renales			
Enf. Mentales			
Asma			

ANTECEDENTES PERSONALES:

Antecedentes	SI	NO	Cual?
Quirúrgicos			
Hospitalizació			
Traumáticos:			
Alergicos			
Psiquiátricos:			
Farmacológicos			
Otro:			

CONDICIONES DE TRABAJO

confidencial.

Marque con una X su respuesta.

	En su puesto de trabajo:	Siempre o casi Siempre	Frecuente	Ocasional	Nunca o casi nunca
1	Debe permanecer de pie?				
2	Debe Permanencer sentado?				
3	Debe permanecer en cuclillas?				
4	Debe permancer arrodillado?				
5	Debe realiza movimientos repetidos con los dedos?				
6	Debe realizar movimientos repetidos con las manos y muñecas?				
7	Debe realizar movimientos repetidos con los brazos por encima de la cabeza?				
8	Debe manipular o levantar objetos pesados?				
9	Debe levantar objetos pesados con ayudas mecanicas?				
10	Esta expuesto a vibración durante la jornada laboral?				
11	Esta expuesto a frio intenso?				
12	Esta expuesto a calor intenso?				
13	La iluminación es adecuada?				
14	Utiliza computador durante mas de 4 horas al día				

	CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	CUAL?
15	Ha tenido en los últimos 6 meses dolor en alguna parte del cue			
16	En el cuello?			
17	En la espalda alta?			
18	En la cintura?			
19	En los hombros?			
20	En los codos?			
21	En las muñecas?			
22	En los dedos?			
23	En la cadera?			
24	En las rodillas?			
25	En los Tobillos?			
26	Relaciona la sintomatología con la actividad laboral que reali			
	Ha tenido en los ultimos 6 meses alguno de estos sintomas?	**SI**	**NO**	**CUAL?**
27	Inflamación en las muñecas?			
28	Adormecimiento u hormigueo en las manos?			
29	Disminución de la fuerza en las manos?			
	diagnóstico medico presente de alguna de las siguientes enfermed	**SI**	**NO**	**CUAL?**
30	Enfermedades generales de los huesos o las articulaciones como artritis, artrosis, lupus, reumatismo, osteoporosis?.			
31	Enfermedades generales de los músculos, tendones, y ligamentos en los miembros superiores como desgarros, bursitis, tendinitis, esguinces?.			
32	Enfermedades generales de los músculos, tendones, y ligamentos en los miembros inferiores como desgarros, bursitis, tendinitis, esguinces?.			
33	Enfermedades de los musculos, huesos, tendones o articulaciones de la espalda?.			
34	Alteraciones en la tiroides como hipertiroidismo o hipertiroidismo?			
35	Enfermedades del corazón?			
36	Enfermedades de los pulmones?			
37	Diabetes?			
38	Hipertensión arterial?			
39	Colesterol alto?			
40	Triglicéridos altos?			
	HABITOS	**SI**	**NO**	**CADA CUANTO?**
41	Fuma?			
42	Realiza ejercicios?			
43	Ingiere bebidas alcohólicas?			
44	(1=mín a 5= max)		1 2	3 4 5

OBSERVACIONES

Firma del Trabajador