AUTORREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA · Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo · Versión 3.1

Este autorreporte identifica sus condiciones de salud y de su lugar de trabajo para orientar la gestión del SG-SST. Su contenido es confidencial: solo lo conoce el médico de seguridad y salud en el trabajo, bajo reserva de historia clínica ocupacional (Res. 2346 de 2007, art. 16) y conforme a la Ley 1581 de 2012. Responda según su condición ACTUAL.

CÓMO DILIGENCIAR Y DEVOLVER ESTE FORMATO

1. DESCARGUE este archivo del correo y ábralo con doble clic. Se abre en Chrome, Edge o Adobe Reader; no lo diligencie desde la vista previa del correo.
2. MARQUE los círculos y escriba en los campos directamente en pantalla.
3. GUARDE el archivo al terminar (Ctrl+S o el botón guardar/descargar del visor) con el nombre: Autorreporte_[su cédula].pdf.
4. DEVUÉLVALO adjunto por correo al MÉDICO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SU REGIONAL, a la dirección indicada a continuación.

Correo de devolución (médico SST de su regional): ccristiano@sena.edu.co

A. DATOS GENERALES

Nombre completo
YURANI FERNANDA OSSA GONZALEZ

Número de cédula
1018465336

Edad (años)
32

Género
Femenino

Correo personal
YURANYOSSAG@GMAIL.COM

Correo institucional
YOSSA@SENA.EDU.CO

Teléfono celular
3112177656

Estado civil
Soltero(a)

Escolaridad
Postgrado

Título obtenido
MAGISTER PSICOLOGIA JURIDICA

Cargo actual
ORIENTADORA VOCACIONAL

Tipo de vinculación
Contratista

Antigüedad en el cargo (años y meses)
7 MESES

Regional / Sede de trabajo
ARAUCA/ TECNOACADEMIA

Ciudad o municipio de trabajo
ARAUCA

Dirección y municipio de vivienda
CALLE 26 N 15 90

Tipo de vivienda
Propia

Estrato socioeconómico
1

Autorreconocimiento étnico
Ninguno

Número de personas a cargo
0

Nombre de la EPS
NUEVA EPS

Nombre de la AFP
COLPENSIONES

Grupo sanguíneo y RH
0+

Actividad de SG-SST que motiva el diligenciamiento
Examen periódico

¿Tiene algún grado de discapacidad reconocida?
○ Sí ◉ No

Tipo de discapacidad (si aplica)
Ninguna

¿Cuenta con certificado de discapacidad (EPS / Secretaría de Salud)?

Fecha de diligenciamiento (día/mes/año)

○ Sí ○ No

B. PERCEPCIÓN GENERAL DE SALUD

B01. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud actual?

Excelente

B02. ¿Tiene actualmente alguna enfermedad diagnosticada por un médico? Si la respuesta es Sí, indique cuál.	○ Sí	◉ No
Especifique:		
B03. ¿Ha presentado pérdida de peso involuntaria (más de 4,5 kg) en los últimos 6 meses?	○ Sí	◉ No
B04. En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido inusualmente fatigado(a) o sin energía?	◉ Sí	○ No

C. ANTECEDENTES PERSONALES Y MEDICACIÓN ACTUAL

C01. ¿Toma algún medicamento formulado de manera permanente? Si la respuesta es Sí, indique cuál(es).	○ Sí	◉ No
Especifique:		
C02. ¿Toma medicación para la presión arterial alta?	○ Sí	◉ No
C03. ¿Toma medicación para el colesterol o los triglicéridos?	○ Sí	◉ No
C04. ¿Le han diagnosticado diabetes o toma medicación para el azúcar en la sangre?	○ Sí	◉ No
C05. ¿Toma anticoagulantes o aspirina de forma diaria?	○ Sí	◉ No
C06. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos o picaduras de insectos? Si la respuesta es Sí, indique cuál(es).	○ Sí	◉ No
Especifique:		
C07. ¿Ha sido hospitalizado(a) u operado(a) en los últimos 12 meses? Si la respuesta es Sí, indique el motivo.	◉ Sí	○ No
Especifique: INFECCION URINARIA		
C08. ¿Se encuentra actualmente en un proceso de rehabilitación física o funcional?	○ Sí	◉ No

D. RIESGO CARDIOVASCULAR

D01. ¿Un médico le ha dicho que tiene una enfermedad del corazón?	○ Sí	◉ No
D02. ¿Le han diagnosticado hipertensión arterial?	○ Sí	◉ No
D03. ¿Presenta dolor u opresión en el pecho estando en reposo?	○ Sí	◉ No
D04. ¿Presenta dolor u opresión en el pecho al realizar esfuerzo físico?	○ Sí	◉ No
D05. En los últimos 12 meses, ¿ha perdido el conocimiento (desmayo) o el equilibrio por mareo?	○ Sí	◉ No
D06. ¿Siente palpitaciones o latidos irregulares del corazón?	○ Sí	◉ No
D07. ¿Siente ahogo o fatiga desproporcionada al caminar o subir escaleras?	○ Sí	◉ No

D08. ¿Su padre, madre o hermanos sufrieron infarto o muerte súbita antes de los 55 años (hombres) o 65 años (mujeres)?	○ Sí	◉ No
D09. ¿Tiene antecedente personal de infarto, cirugía cardiaca, cateterismo o arritmia diagnosticada?	○ Sí	◉ No
D10. ¿Ha tenido trombosis venosa o tromboembolismo pulmonar?	○ Sí	◉ No
D11. ¿Presenta várices con dolor o hinchazón en las piernas?	○ Sí	◉ No
D12. ¿Le han dicho que tiene obesidad (IMC igual o mayor a 30)?	○ Sí	◉ No

E. TABAQUISMO Y VAPEO

E01. ¿Fuma o vapea actualmente?

Nunca he fumado/vapeado

E02. Si fuma/vapea: ¿cuántos cigarrillos (o equivalente) consume al día?

No aplica

E03. Si fuma/vapea: ¿cuánto tiempo después de despertar consume el primero?

No aplica

F. CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT-C)

F01. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

Una vez al mes o menos (1)

F02. Un día típico en que bebe, ¿cuántos tragos consume?

3 o 4 (1)

F03. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más tragos en una sola ocasión?

Mensualmente (2)

G. ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

G01. En una semana típica, ¿cuántos días realiza actividad física moderada o vigorosa durante al menos 30 minutos?

0 días

G02. ¿Cuántos minutos dura en promedio cada sesión de ejercicio?

No hago ejercicio

G03. ¿Permanece sentado(a) más de 6 horas al día entre trabajo y descanso?	○ Sí	◉ No

H. SISTEMA RESPIRATORIO

H01. ¿Presenta tos la mayoría de los días desde hace más de 8 semanas?	○ Sí	◉ No
H02. ¿Se ahoga al caminar a su propio paso en terreno plano?	○ Sí	◉ No
H03. ¿Ha presentado silbidos o 'hervidera' en el pecho en el último año?	○ Sí	◉ No
H04. ¿Ha recibido tratamiento para tuberculosis o ha convivido con una persona con tuberculosis?	○ Sí	◉ No

I. SISTEMA OSTEOMUSCULAR (CUESTIONARIO NÓRDICO)

Cuestionario Nórdico estandarizado (Kuorinka, 1987). Para cada región del cuerpo responda: A) molestias (dolor, hormigueo o entumecimiento) en los últimos 12 meses · B) molestias en los últimos 7 días · C) las molestias le impidieron actividades o requirió consulta médica en los últimos 12 meses.

Región del cuerpo	A. Últimos 12 meses		B. Últimos 7 días		C. Limitó / consultó	
Cuello	◉ Sí	○ No	◉ Sí	○ No	○ Sí	◉ No
Hombros	○ Sí	◉ No	○ Sí	◉ No	○ Sí	◉ No
Codos	○ Sí	◉ No	○ Sí	◉ No	○ Sí	◉ No
Muñecas / manos	○ Sí	◉ No	○ Sí	◉ No	○ Sí	◉ No
Espalda alta (dorsal)	○ Sí	◉ No	○ Sí	◉ No	○ Sí	◉ No
Espalda baja (lumbar)	◉ Sí	○ No	◉ Sí	○ No	○ Sí	◉ No
Caderas / muslos	○ Sí	◉ No	○ Sí	◉ No	○ Sí	◉ No
Rodillas	○ Sí	◉ No	○ Sí	◉ No	○ Sí	◉ No
Tobillos / pies	◉ Sí	○ No	◉ Sí	○ No	○ Sí	◉ No

I28. ¿Tiene diagnóstico de artritis reumatoide, osteoartritis o fibromialgia? Si la respuesta es Sí, indique cuál. ○ Sí ◉ No

Especifique:

I29. ¿Tiene diagnóstico de hernia discal? ○ Sí ◉ No

I30. ¿Tiene diagnóstico de síndrome de túnel del carpo, tendinitis o epicondilitis? ○ Sí ◉ No

I31. ¿Tiene actualmente una fractura o lesión que limite su labor? ○ Sí ◉ No

I32. ¿Ha sufrido accidente de trabajo con lesión osteomuscular? Si la respuesta es Sí, indique cuándo. ○ Sí ◉ No

Especifique:

J. VISIÓN Y AUDICIÓN

J01. ¿Tiene dificultad para ver de lejos, aun usando gafas o lentes? ○ Sí ◉ No

J02. ¿Presenta visión borrosa o dificultad para enfocar al leer o trabajar de cerca? ○ Sí ◉ No

J03. ¿Presenta dolor de cabeza, ardor o fatiga visual asociados al uso de pantallas? ○ Sí ◉ No

J04. ¿Su última valoración visual fue hace más de 2 años? ○ Sí ◉ No

J05. ¿Tiene dificultad para escuchar conversaciones o le piden que suba el volumen? ○ Sí ◉ No

J06. ¿Presenta zumbidos o pitos en los oídos (tinnitus) de forma frecuente? ◉ Sí ○ No

J07. ¿Se expone a ruido fuerte laboral o recreativo (audífonos a alto volumen, conciertos, tejo, polígono)? ○ Sí ◉ No

J08. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad auditiva o restricción laboral por audición? ○ Sí ◉ No

K. SUEÑO

K01. ¿Tiene dificultad para conciliar o mantener el sueño 3 o más noches por semana? ○ Sí ◉ No

K02. ¿Amanece cansado(a), como si no hubiera dormido? ◉ Sí ○ No

K03. ¿Ronca fuerte (se escucha a través de una puerta cerrada)?	○ Sí	◉ No
K04. ¿Alguien le ha observado pausas en la respiración mientras duerme?	○ Sí	◉ No
K05. ¿Presenta somnolencia durante el día que interfiere con trabajar, estudiar o conducir?	○ Sí	◉ No

L. BIENESTAR EMOCIONAL Y SALUD MENTAL

Piense en las últimas 2 semanas. Escala para L01 a L04: 0 = Nunca · 1 = Varios días · 2 = Más de la mitad de los días · 3 = Casi todos los días. Si en L06 responde Sí, el médico de salud ocupacional se comunicará con usted de forma prioritaria y confidencial (líneas de apoyo: 106 y su EPS).

L01. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido poco interés o placer en hacer las cosas?

Varios días (1)

L02. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanza?

Nunca (0)

L03. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o al límite?

Nunca (0)

L04. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sido incapaz de controlar sus preocupaciones?

Nunca (0)

L05. ¿Percibe que el estrés relacionado con su trabajo es excesivo o difícil de manejar?	○ Sí	◉ No
L06. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido pensamientos de hacerse daño o de que estaría mejor muerto(a)?	○ Sí	◉ No
L07. ¿Desea ser contactado(a) por el médico de salud ocupacional para orientación en bienestar emocional?	○ Sí	◉ No

M. CONDICIONES DEL PUESTO Y DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

M01. ¿Considera que su sitio de trabajo es ruidoso?	○ Sí	◉ No
M02. ¿La temperatura de su sitio de trabajo es inconfortable (muy fría o muy calurosa)?	○ Sí	◉ No
M03. ¿La iluminación de su puesto es inadecuada para su tarea?	○ Sí	◉ No
M04. ¿La ventilación de su sitio de trabajo es insuficiente?	◉ Sí	○ No
M05. ¿Su silla, mesa o puesto de trabajo le resultan incómodos?	◉ Sí	○ No
M06. ¿Puede realizar pausas activas durante su jornada?	◉ Sí	○ No
M07. ¿Puede variar el ritmo de su trabajo?	◉ Sí	○ No
M08. ¿El descanso entre una jornada y la siguiente le resulta suficiente?	◉ Sí	○ No
M09. ¿Le preocupa su trabajo durante su tiempo libre al punto de afectar su descanso?	◉ Sí	○ No
M10. ¿Viaja frecuentemente por razones de su trabajo?	○ Sí	◉ No

N. RIESGO BIOLÓGICO E INMUNIZACIÓN

N01. ¿Tiene su esquema de vacunación completo (tétanos, hepatitis B, influenza, COVID-19)? Si la respuesta es No, indique cuáles le faltan.	◉ Sí	○ No

Especifique:

N02. Tras haber tenido COVID-19, ¿persisten síntomas como fatiga, ahogo o dificultad de concentración?	○ Sí	◉ No
N03. En el último año, ¿ha padecido dengue, malaria o leishmaniasis?	○ Sí	◉ No
N04. ¿Ha sufrido accidente ofídico (serpientes) o mordedura de animales? Si la respuesta es Sí, indique cuándo.	○ Sí	◉ No

Especifique:

N05. ¿En su labor manipula muestras biológicas, animales o residuos con riesgo biológico?	○ Sí	◉ No

O. MÓDULO BRIGADISTAS (solo si se postula o pertenece a la brigada)

Responda este módulo únicamente si se postula o pertenece a la brigada de emergencias.

O01. ¿Es la primera vez que se postula a la brigada de emergencias?	○ Sí	○ No

O02. ¿A qué brigada ha pertenecido?

Ninguna ▾

O03. ¿Tiene miedo a las alturas?	○ Sí	○ No
O04. ¿Tiene miedo a los espacios cerrados (por ejemplo, ascensores)?	○ Sí	○ No
O05. ¿Tiene miedo a ver sangre?	○ Sí	○ No
O06. ¿Sabe nadar?	○ Sí	○ No
O07. ¿Ha recibido capacitación en RCP (reanimación cardiopulmonar)?	○ Sí	○ No
O08. ¿Sabe usar un desfibrilador externo automático (DEA)?	○ Sí	○ No
O09. ¿Presenta alguna alergia grave o antecedente de anafilaxia?	○ Sí	○ No
O10. ¿Tiene alguna condición de salud que le impida realizar esfuerzo físico intenso?	○ Sí	○ No

P. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y FIRMA

Declaro que la información aquí consignada es veraz y completa. Autorizo al médico de seguridad y salud en el trabajo del SENA el tratamiento de estos datos con fines exclusivos de vigilancia de la salud en el marco del SG-SST, bajo reserva de historia clínica (Res. 2346/2007) y conforme a la Ley 1581/2012. Entiendo que puedo conocer, actualizar y rectificar mis datos.

☑ **Acepto el consentimiento informado y el tratamiento de mis datos personales.**

Firma del encuestado (nombre digitado): YURANI FERNANDA OSSA GONZALEZ Fecha: 18/08/2026

Q. PARA USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El trabajador NO diligencia esta sección. El médico registra aquí la revisión del autorreporte, las alertas identificadas y la conducta adoptada, como soporte de la evaluación de condiciones de salud (Res. 2346/2007).

Fecha de revisión del autorreporte:

Alertas identificadas:

- ☐ Riesgo cardiovascular
- ☐ Osteomuscular
- ☐ Salud mental
- ☐ URGENTE (L06)
- ☐ Sueño / somnolencia
- ☐ Consumo (alcohol/tabaco)
- ☐ Visión / audición
- ☐ Condiciones del puesto
- ☐ Sin alertas

Conducta adoptada:

- ☐ Citar a examen médico ocupacional
- ☐ Remisión a EPS
- ☐ Emitir recomendaciones laborales
- ☐ Incluir en PVE correspondiente
- ☐ Contacto prioritario (≤ 24 horas)
- ☐ Seguimiento en próximo periódico

Observaciones:

Nombre y firma del médico:

Licencia SST No.: