

SINDME

Encuesta de Síntomas de Desórdenes Músculo Esqueléticos

Esta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con los síntomas de Desórdenes Músculo Esqueléticos que presentan los trabajadores, lo cual contribuirá al diagnóstico de las condiciones de salud de la población. Los datos consignados serán utilizados exclusivamente para el Programa de Prevención de Desórdenes Músculo Esqueléticos de la empresa, garantizándose la estricta confidencialidad de la información.

Por favor complete los datos y responda cada una de las preguntas. Solicite explicación por parte de un funcionario del servicio de Salud Ocupacional si tiene dudas

Ciudad: Cucuta. Fecha:

D	D	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

A. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos: Wilson Vargas
CC: 1090962585 de Cucuta. Fecha de nacimiento:

D	D	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

Género: Masculino Femenino Peso:

--	--	--

 Kg Estatura:

--	--	--	--

 cm IMC

--	--

¿Usted es? Diestro Zurdo Ambidiestro
Nombre del cargo actual: _____

¿Hace cuánto trabaja usted en la empresa?

--	--

 Años 10 Meses
Antigüedad en el cargo actual:

--	--

 Años 10 Meses

B. HÁBITOS

1. ¿Fuma? Si No
2. ¿Cuántos cigarrillos al día?

--	--	--

 2.1 ¿Hace cuánto tiempo fuma?

--	--

 Años

--	--

 Meses
3. ¿Realiza algún tipo de actividad física? Si No ¿Cuál? _____
4. ¿Con qué frecuencia? Diario Dos veces a la semana Tres veces a la semana Fines de semana
5. ¿Por cuánto tiempo realiza esta actividad? 15min 30min 1hora Más de una hora

C. SU TRABAJO

6. ¿Cuáles son sus horarios actuales de trabajo? 7 a 5.
7. En su trabajo actual, ¿cuántas horas trabaja usted por día?

--

 Horas
8. ¿La duración semanal de su trabajo es variable? Si No
9. ¿Ocupa usted diferentes puestos o realiza diferentes funciones en su trabajo? Si No

D. ESTADO DE SALUD ACTUAL

10. ¿Presenta dolor, molestias o disconfort en alguna parte de su cuerpo? Si No
11. ¿Presenta alguna enfermedad actualmente? Si No
12. ¿Cuál? fx falange proximal dedo Medio. (fractura)
13. Su enfermedad es de origen: Laboral Común Accidente de trabajo
14. ¿A presentado alguna incapacidad este último año? Si No
14.1 ¿Cuántas veces?

--	--

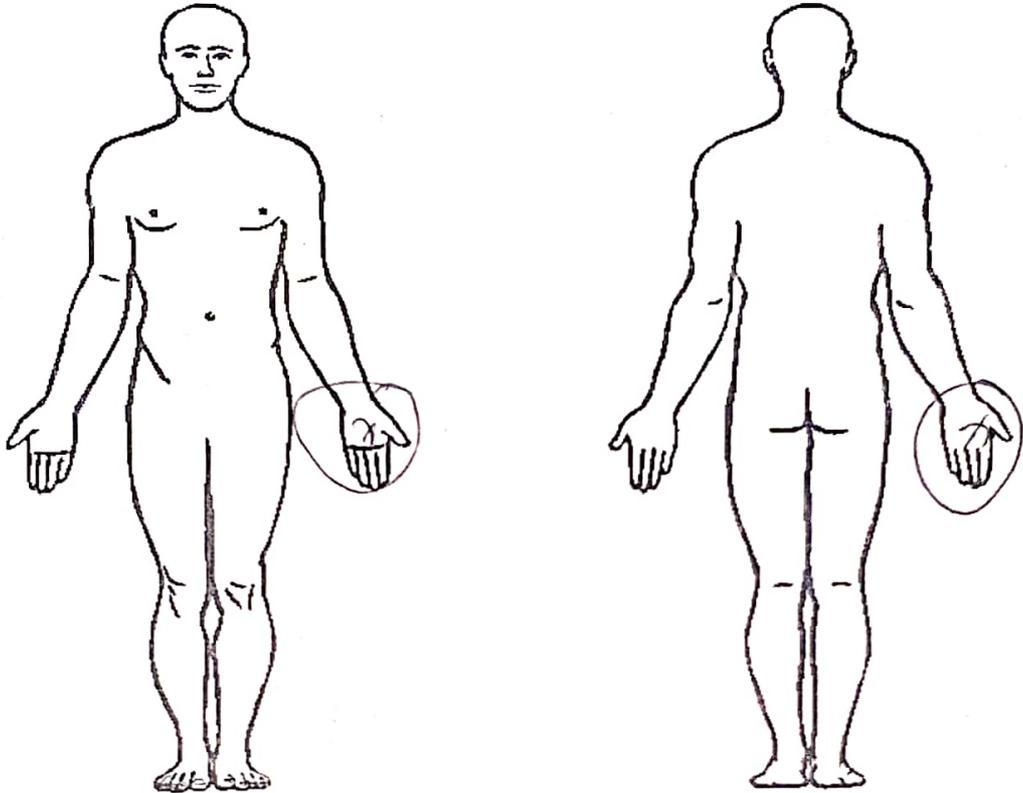
14.2 ¿Cuántos días?

--	--	--

semanas
14.3 Su incapacidad fue de origen Laboral Común Accidente de trabajo No aplica
14.4 ¿Ha recibido tratamiento médico a su incapacidad? Si No

15. En el siguiente dibujo encuentra las diferentes partes del cuerpo. Por favor marque con "XXX" la parte del cuerpo donde ha presentado dolor, con "OOO" aquellas donde ha presentado hormigueo, con "///" donde ha presentado adormecimiento y con "÷÷÷" donde ha presentado molestias.

Dolor XXXXXX Hormigueo OOOOO Adormecimiento ////////////// Molestias ÷÷÷÷÷÷



16. Señale con una X cuando se presentan los síntomas. Puede escoger más de una opción.

Al realizar mi trabajo	X
Al final del día	
Al final de la semana	
En mi casa	

17. Indique ¿desde hace cuánto tiempo presenta estos problemas?

Una semana		Seis meses	X
Un mes		Doce meses	
Tres meses		Más de doce meses	

18. Indique por cuánto tiempo se presentan y permanecen estos problemas

Menos de 24 horas	X
De 1 a 7 días	
De 8 a 30 días	
De manera permanente	

19. Marque con una X sobre la escala, señalando la INTENSIDAD actual del dolor o molestia. Tenga en cuenta que "0" equivale a no tener molestia y "10" molestia o dolor intolerable.

Nuca/cuello	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hombro/Brazo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Codo/Antebrazo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
124 Manos/Muñeca 29	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
124 Dedos de la mano	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda alta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda baja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cadera/Muslo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SINDME

Encuesta de Síntomas de Desórdenes Músculo Esqueléticos

Esta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con los síntomas de Desórdenes Músculo Esqueléticos que presentan los trabajadores, lo cual contribuirá al diagnóstico de las condiciones de salud de la población. Los datos consignados serán utilizados exclusivamente para el Programa de Prevención de Desórdenes Músculo Esqueléticos de la empresa, garantizándose la estricta confidencialidad de la información.

Por favor complete los datos y responda cada una de las preguntas. Solicite explicación por parte de un funcionario del servicio de Salud Ocupacional si tiene dudas

Ciudad: _____ Fecha:

D	D	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

A. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos: Pavlo Buenabet.
CC: 8879848 de _____ Fecha de nacimiento:

D	D	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

Género: Masculino Femenino Peso:

--	--	--

 Kg Estatura:

--	--	--

 cm IMC

--	--

¿Usted es? Diestro Zurdo Ambidiestro
Nombre del cargo actual: obrero
¿Hace cuánto trabaja usted en la empresa?

--	--

 Años

--	--	--

 Meses 3
Antigüedad en el cargo actual:

--	--

 Años

--	--	--

 Meses 3

B. HÁBITOS

1. ¿Fuma? Si No
2. ¿Cuántos cigarrillos al día?

--	--	--	--

4 2.1 ¿Hace cuánto tiempo fuma?

--	--	--	--

 Años 30

--	--	--	--

 Meses
3. ¿Realiza algún tipo de actividad física? Si No ¿Cuál? Bicicleta
4. ¿Con qué frecuencia? Diario Dos veces a la semana Tres veces a la semana Fines de semana
5. ¿Por cuánto tiempo realiza esta actividad? 15min 30min 1hora Más de una hora

C. SU TRABAJO

6. ¿Cuáles son sus horarios actuales de trabajo? 7 a 5 pm
7. En su trabajo actual, ¿cuántas horas trabaja usted por día?

--

 Horas
8. ¿La duración semanal de su trabajo es variable? Si No
9. ¿Ocupa usted diferentes puestos o realiza diferentes funciones en su trabajo? Si No

D. ESTADO DE SALUD ACTUAL

10. ¿Presenta dolor, molestias o disconfort en alguna parte de su cuerpo? Si No
11. ¿Presenta alguna enfermedad actualmente? Si No
12. ¿Cuál? _____
13. Su enfermedad es de origen: Laboral Común Accidente de trabajo
14. ¿A presentado alguna incapacidad este último año? Si No
14.1 ¿Cuántas veces?

--	--

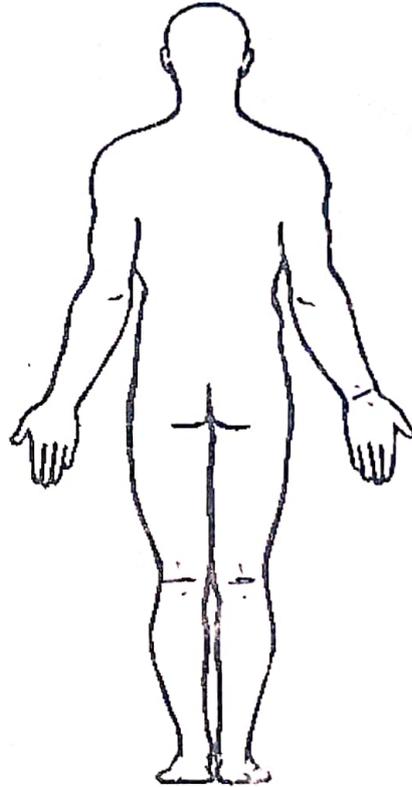
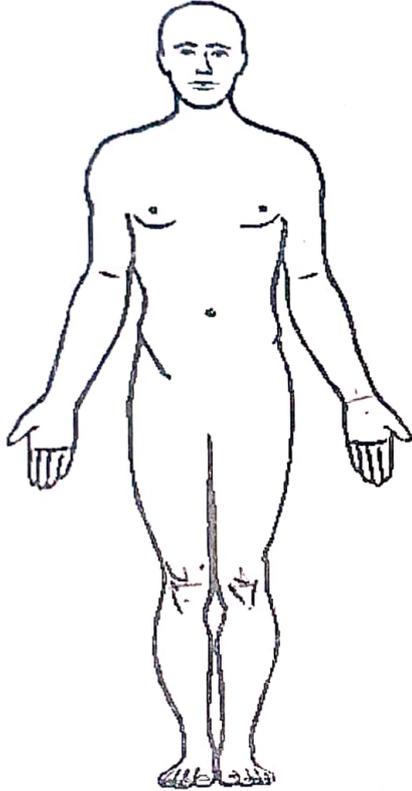
14.2 ¿Cuántos días?

--	--	--

14.3 Su incapacidad fue de origen Laboral Común Accidente de trabajo No aplica
14.4 ¿Ha recibido tratamiento médico a su incapacidad? Si No

15. En el siguiente dibujo encuentra las diferentes partes del cuerpo. Por favor marque con "XXX" la parte del cuerpo donde ha presentado dolor, con "OOO" aquellas donde ha presentado hormigueo, con "///" donde ha presentado adormecimiento y con "+++" donde ha presentado molestias.

Dolor XXXXXX Hormigueo OOOOO Adormecimiento ////////////// Molestias ++++++



16. Señale con una X cuando se presentan los síntomas. Puede escoger más de una opción.

Al realizar mi trabajo	
Al final del día	X
Al final de la semana	
En mi casa	

17. Indique ¿desde hace cuánto tiempo presenta estos problemas?

Una semana	
Un mes	
Tres meses	

Seis meses	
Doce meses	
Más de doce meses	

18. Indique por cuánto tiempo se presentan y permanecen estos problemas

Menos de 24 horas	
De 1 a 7 días	
De 8 a 30 días	
De manera permanente	

19. Marque con una X sobre la escala, señalando la INTENSIDAD actual del dolor o molestia. Tenga en cuenta que "0" equivale a no tener molestia y "10" molestia o dolor intolerable.

Nuca/cuello	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hombro/Brazo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Codo/Antebrazo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Manos/Muñeca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dedos de la mano	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda alta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda baja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cadera/Muslo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ambas Rodillas

7.

SINDME

Encuesta de Síntomas de Desórdenes Músculo Esqueléticos

Esta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con los síntomas de Desórdenes Músculo Esqueléticos que presentan los trabajadores, lo cual contribuirá al diagnóstico de las condiciones de salud de la población. Los datos consignados serán utilizados exclusivamente para el Programa de Prevención de Desórdenes Músculo Esqueléticos de la empresa, garantizándose la estricta confidencialidad de la información.

Por favor complete los datos y responda cada una de las preguntas. Solicite explicación por parte de un funcionario del servicio de Salud Ocupacional si tiene dudas

Ciudad: Quota Fecha:

D	D	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

A. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos: Luis Jose Arranio

CC: 1093760254 de Quota Fecha de nacimiento:

D	D	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

Género: Masculino Femenino Peso:

9	7
---	---

 Kg Estatura:

1	8	0
---	---	---

 cm IMC

--	--

¿Usted es? Diestro Zurdo Ambidiestro

Nombre del cargo actual: obrero

¿Hace cuánto trabaja usted en la empresa?

1

 Años

--	--

 Meses

Antigüedad en el cargo actual:

1

 Años

--	--

 Meses

B. HÁBITOS

1. ¿Fuma? Si No

2. ¿Cuántos cigarrillos al día?

--	--	--

 2.1 ¿Hace cuánto tiempo fuma?

--	--

 Años

--	--

 Meses

3. ¿Realiza algún tipo de actividad física? Si No ¿Cuál? futbol

4. ¿Con qué frecuencia? Diario Dos veces a la semana Tres veces a la semana Fines de semana

5. ¿Por cuánto tiempo realiza esta actividad? 15min 30min 1hora Más de una hora

C. SU TRABAJO

6. ¿Cuáles son sus horarios actuales de trabajo? 7:00 am a 5:00pm

7. En su trabajo actual, ¿cuántas horas trabaja usted por día?

8

 Horas

8. ¿La duración semanal de su trabajo es variable? Si No

9. ¿Ocupa usted diferentes puestos o realiza diferentes funciones en su trabajo? Si No

D. ESTADO DE SALUD ACTUAL

10. ¿Presenta dolor, molestias o discomfort en alguna parte de su cuerpo? Si No

11. ¿Presenta alguna enfermedad actualmente? Si No

12. ¿Cuál?

13. Su enfermedad es de origen: Laboral Común Accidente de trabajo

14. ¿A presentado alguna incapacidad este último año? Si No

14.1 ¿Cuántas veces?

--	--

14.2 ¿Cuántos días?

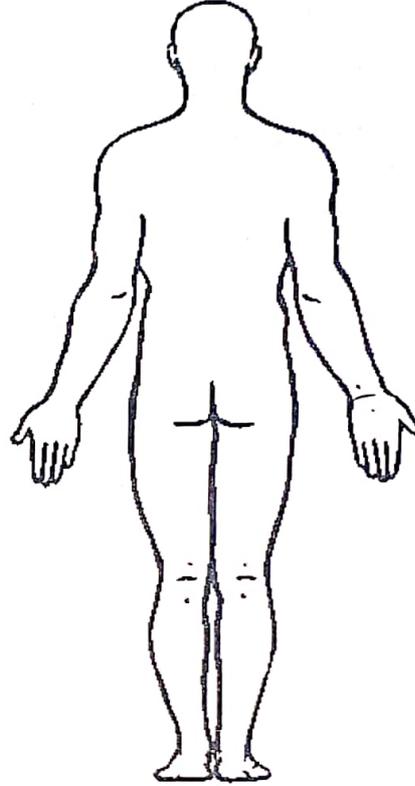
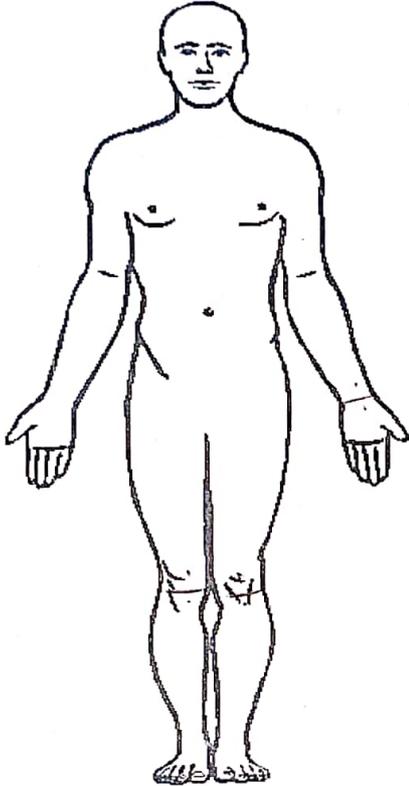
--	--	--

14.3 Su incapacidad fue de origen Laboral Común Accidente de trabajo No aplica

14.4 ¿Ha recibido tratamiento médico a su incapacidad? Si No

15. En el siguiente dibujo encuentra las diferentes partes del cuerpo. Por favor marque con "XXX" la parte del cuerpo donde ha presentado dolor, con "OOO" aquellas donde ha presentado hormigueo, con "///" donde ha presentado adormecimiento y con "+++" donde ha presentado molestias.

Dolor XXXXXX Hormigueo OOOOO Adormecimiento ////////////// Molestias ++++++



16. Señale con una X cuando se presentan los síntomas. Puede escoger más de una opción.

Al realizar mi trabajo	
Al final del día	X
Al final de la semana	
En mi casa	

17. Indique ¿desde hace cuánto tiempo presenta estos problemas?

Una semana	
Un mes	
Tres meses	

Seis meses	
Doce meses	
Más de doce meses	

18. Indique por cuánto tiempo se presentan y permanecen estos problemas

Menos de 24 horas	
De 1 a 7 días	
De 8 a 30 días	
De manera permanente	

19. Marque con una X sobre la escala, señalando la INTENSIDAD actual del dolor o molestia. Tenga en cuenta que "0" equivale a no tener molestia y "10" molestia o dolor intolerable.

Nuca/cuello	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hombro/Brazo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Codo/Antebrazo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Manos/Muñeca ^{Dolor} 129.	0	1	2	3	X	5	X	7	8	9	10
Dedos de la mano	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda alta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda baja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cadera/Muslo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ambas Rodillas.

X.

SINDME

Encuesta de Síntomas de Desórdenes Músculo Esqueléticos

Esta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con los síntomas de Desórdenes Músculo Esqueléticos que presentan los trabajadores, lo cual contribuirá al diagnóstico de las condiciones de salud de la población. Los datos consignados serán utilizados exclusivamente para el Programa de Prevención de Desórdenes Músculo Esqueléticos de la empresa, garantizándose la estricta confidencialidad de la información.

Por favor complete los datos y responda cada una de las preguntas. Solicite explicación por parte de un funcionario del servicio de Salud Ocupacional si tiene dudas

Ciudad: WWTZ Fecha: 15 05 20 19 1 1

A. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos: Isaac Ascario

CC: 1128226928 de _____ Fecha de nacimiento: 1 1 1 1 1 1

Género: Masculino Femenino Peso: _____ Kg Estatura: _____ cm IMC: _____

¿Usted es? Diestro Zurdo Ambidiestro

Nombre del cargo actual: _____

¿Hace cuánto trabaja usted en la empresa? _____ Años 8 Meses

Antigüedad en el cargo actual: _____ Años 8 Meses

B. HÁBITOS

1. ¿Fuma? Si No

2. ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ 2.1 ¿Hace cuánto tiempo fuma? _____ Años _____ Meses

3. ¿Realiza algún tipo de actividad física? Si No ¿Cuál? _____

4. ¿Con qué frecuencia? Diario Dos veces a la semana Tres veces a la semana Fines de semana

5. ¿Por cuánto tiempo realiza esta actividad? 15min 30min 1hora Más de una hora

C. SU TRABAJO

6. ¿Cuáles son sus horarios actuales de trabajo? 7:00 a 5:00 pm

7. En su trabajo actual, ¿cuántas horas trabaja usted por día? _____ Horas

8. ¿La duración semanal de su trabajo es variable? Si No

9. ¿Ocupa usted diferentes puestos o realiza diferentes funciones en su trabajo? Si No

D. ESTADO DE SALUD ACTUAL

10. ¿Presenta dolor, molestias o disconfort en alguna parte de su cuerpo? Si No

11. ¿Presenta alguna enfermedad actualmente? Si No

12. ¿Cuál? _____

13. Su enfermedad es de origen: Laboral Común Accidente de trabajo

14. ¿A presentado alguna incapacidad este último año? Si No

14.1 ¿Cuántas veces? _____

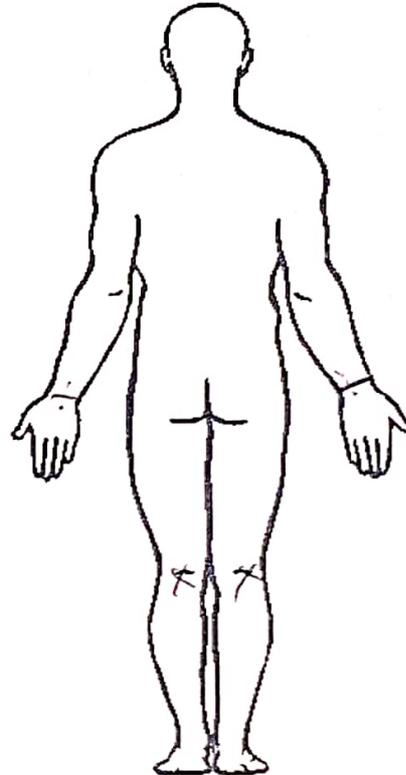
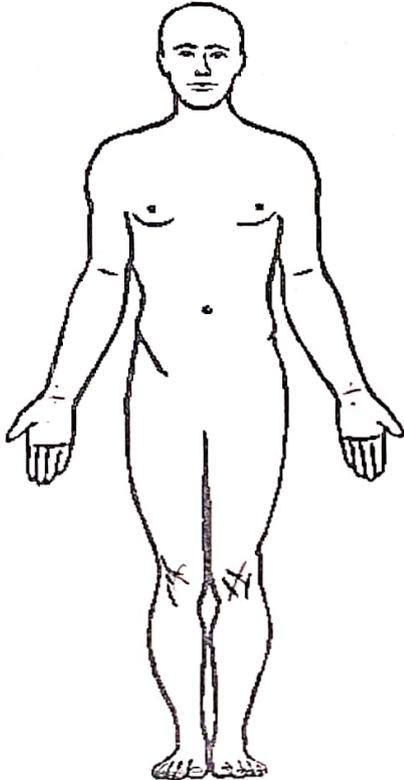
14.2 ¿Cuántos días? _____

14.3 Su incapacidad fue de origen Laboral Común Accidente de trabajo No aplica

14.4 ¿Ha recibido tratamiento médico a su incapacidad? Si No

15. En el siguiente dibujo encuentra las diferentes partes del cuerpo. Por favor marque con "XXX" la parte del cuerpo donde ha presentado dolor, con "OOO" aquellas donde ha presentado hormigueo, con "////" donde ha presentado adormecimiento y con "+++" donde ha presentado molestias.

Dolor	XXXXXX	Hormigueo	OOOOO	Adormecimiento	////////	Molestias	+++++
-------	--------	-----------	-------	----------------	----------	-----------	-------



16. Señale con una X cuando se presentan los síntomas. Puede escoger más de una opción.

Al realizar mi trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>
Al final del día	<input type="checkbox"/>
Al final de la semana	<input type="checkbox"/>
En mi casa	<input type="checkbox"/>

17. Indique ¿desde hace cuánto tiempo presenta estos problemas?

Una semana	<input type="checkbox"/>
Un mes	<input type="checkbox"/>
Tres meses	<input type="checkbox"/>

Seis meses	<input type="checkbox"/>
Doce meses	<input type="checkbox"/>
Más de doce meses	<input checked="" type="checkbox"/>

18. Indique por cuánto tiempo se presentan y permanecen estos problemas

Menos de 24 horas	<input type="checkbox"/>
De 1 a 7 días	<input type="checkbox"/>
De 8 a 30 días	<input type="checkbox"/>
De manera permanente	<input checked="" type="checkbox"/>

19. Marque con una X sobre la escala, señalando la INTENSIDAD actual del dolor o molestia. Tenga en cuenta que "0" equivale a no tener molestia y "10" molestia o dolor intolerable.

Nuca/cuello	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hombro/Brazo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Codo/Antebrazo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Manos/Muñecas	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6	7	8	9	10
Dedos de la mano	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda alta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda baja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cadera/Muslo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ambas Rodilla

X

20
20
222