

	<b>ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>
--	---	-----------------	-----------

Mediante esta encuesta, se permitirá identificar el perfil sociodemográfico en las áreas y/o puestos de trabajo, que puedan generar accidentes de trabajo y enfermedades laborales en los colaboradores.

<b>NOMBRE COMPLETO</b>	
<b>CARGO</b>	
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez.

**1. EDAD**

- a. Menor de 18 años
- b. 18 – 27 años
- c. 28 – 37 años
- d. 38 \_ 47 años
- e. 48 años o más

**2. ESTADO CIVIL**

- a. Soltero (a)
- b. Casado (a) /Unión libre
- c. Separado (a) /Divorciado
- d. Viudo (a)

**3. GÉNERO**

- a. Hombre
- b. Mujer
- c. otro

**4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO**

- a. Ninguna
- b. 1 – 3 personas
- c. 4 a 6 personas
- d. Más de 6 personas

¿cual?-----

**5. NIVEL DE ESCOLARIDAD**

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Técnico / Tecnólogo
- d. Universitario ( pregrado)
- e. Especialista/ Maestro (posgrado).

**6. TIPO DE VIVIENDA**

- a. Propia
- b. Arrendada
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

**7. USO DEL TIEMPO LIBRE**

- a. Otro trabajo
- b. Labores domésticas
- c. Recreación y deporte
- d. Estudio
- e. Ninguno

**8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)**

- a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Más de 7 S.M.L.

**9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA**

- a. De 3 a 6 meses
- b. De 6 meses a 1 año
- c. De 1 a 3 años
- d. De 3 a 5 años
- e. Más 5 años

**10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL**

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

**11. TIPO DE CONTRATACIÓN**

- a. Contrato a Término indefinido
- b. Contrato a Término Fijo
- c. Contrato por obra / labor

**12. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS**

- a. Si  
b. No

CUAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13. FUMA**

- a. Si  
b. No

Promedio Diario: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**14 CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

- a. SI            \_\_\_ Semanal  
b. SI            \_\_\_ Quincenal  
                  \_\_\_ Mensual

**15 TIENE USTED ALGÚN HOBBIE**

- a. SI  
b. NO  
CUÁL \_\_\_\_\_

16. Indique cuáles de las siguientes molestias ha experimentado con frecuencia en los últimos seis (6) meses

SÍNTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza			
Dolor de cuello, espalda y cintura			
Dolores musculares			
Dificultad para realizar algún movimiento			
Tos frecuente			
Dificultad respiratoria			
Gastritis, ulcera			
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo			
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)			
Dificultad para concentrarse			
Cansancio mental			
Dolor en el pecho (angina)			
Cansancio, fatiga, dolor o disconfort visual			
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos			
Dificultad para oír			
Sensación permanente de cansancio			
Alteraciones en la piel			

otra: \_\_\_\_\_  
cual?