

FECHA: 12/03/2018

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Didilma Barrera CC: 52034349
 EDAD: 52 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO CARGO: Aux. Servicios G.
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 11/03/2000
 JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:
 PESO ACTUAL 50 kg ESTATURA (Metros) 1.55 mts

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?	SI	NO	¿CUAL?
1. ¿Es usted Fumador?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?		<input checked="" type="checkbox"/>	
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bípeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?		<input checked="" type="checkbox"/>	
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan disconfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>		

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	< 1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			
Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muñecas		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			
Manos		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			
Caderas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?	Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?	Quando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?
Rodillas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Tobillos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI NO

B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?

Comer papel y carton

C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día Noche

D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? Sí NO
Si es Sí, ¿cuáles son los síntomas?

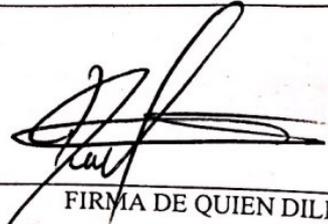
E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
Antes Después

F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? Sí NO

G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI No

H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.

N/A


FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

FECHA: 12/03/2018

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE EUNICE MICE CC: 24176966
 EDAD: 43 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO CARGO: AUX. SERVICIOS 6.
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: (09/01/1998) (09-01-1998)*
 JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:
 PESO ACTUAL 65kg ESTATURA (Metros) 1.62mt

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?	SI	NO	¿CUAL?
1. ¿Es usted Fumador?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?	<input checked="" type="checkbox"/>		
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?	<input checked="" type="checkbox"/>		
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?	<input checked="" type="checkbox"/>		N/A
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?		<input checked="" type="checkbox"/>	
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bipeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?		<input checked="" type="checkbox"/>	
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan disconfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>		

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	< 1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muñecas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Manos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Caderas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?	Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?	Quando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?
Rodillas	X	X	
Tobillos	X	X	
Pies	X	X	

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

- A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI _____ NO X
- B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?
NINGUNA
- C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día _____ Noche _____
- D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? Sí _____ NO X
Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas?
NO
- E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
Antes _____ Después _____
- F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? Sí _____ NO X
- G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI _____ No X
- H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.
NO


FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

FECHA: 12/03/2018

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Monica Arce CC: 1023883232
 EDAD: 29 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO CARGO: Aux. Servicios generales
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 07/10/2011
 JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:
 PESO ACTUAL 86 kg ESTATURA (Metros) 1.55 kg

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?	SI	NO	¿CUAL?
1. ¿Es usted Fumador?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?		<input checked="" type="checkbox"/>	
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bipeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?		<input checked="" type="checkbox"/>	
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan disconfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>		

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Síntomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	<1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Codos			<input checked="" type="checkbox"/>						
Muñecas		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
Manos		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Caderas			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						

Sintomatología (parte del cuerpo)	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodillas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI NO

B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?

Romper papel y Carton

C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día Noche

D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? Sí NO
Si es Sí, ¿cuáles son los síntomas?

E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
Antes Después

F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? Sí NO

G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI No

H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.


FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

FECHA: 12/03/2018

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Josario Triana CC: 39.6810.87
 EDAD: 48 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO CARGO: _____
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 21/11/2014
 JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:
 PESO ACTUAL 60kg ESTATURA (Metros) 1.45mts

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

	SI	NO	¿CUAL?
¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
1. ¿Es usted Fumador?		<input checked="" type="checkbox"/>	
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?		<input checked="" type="checkbox"/>	
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bípeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?		<input checked="" type="checkbox"/>	
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan disconfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>		

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	< 1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			
Hombros		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muñecas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Manos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Caderas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?	Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?	Quando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?
Rodillas	X	X	
Tobillos	X	X	
Pies	X	X	

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI X NO _____

B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?
Tiempo y escurrir trapero

C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día X Noche _____

D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? Sí _____ NO X
Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas?

E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
Antes _____ Después X

F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? SÍ X NO _____

G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI X No _____

H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.

Dolor leve por movimientos repetitivos.



FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

FECHA: 12/03/2018
DATOS DEL TRABAJADOR

 NOMBRE Diaselina Fernandez CC: 46358383
 EDAD: 47 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO CARGO: Auxiliar Servicios 6.
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 17/02/2001
 JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:
 PESO ACTUAL 55 ESTATURA (Metros) 1.57

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?	SI	NO	¿CUAL?
1. ¿Es usted Fumador?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?		<input checked="" type="checkbox"/>	
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bipeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?		<input checked="" type="checkbox"/>	
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan discomfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>		

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Sintomatología parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	< 1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
Hombros		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muñecas		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Manos		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
Caderas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?	Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?	Quando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?
Rodillas	X	X	
Tobillos	X	X	
Pies	X	X	

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI X NO _____

B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?
Romper papel y carton

C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día _____ Noche X

D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? SÍ _____ NO X
Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas?

E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
Antes _____ Después X

F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? SÍ _____ NO X

G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI _____ No X

H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.



FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

FECHA: 12/03/2018

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Elbia Salazar CC: 51690377
 EDAD: 49 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO CARGO: Aux. Servicio G.
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 18/01/1997
 JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:
 PESO ACTUAL 57 ESTATURA (Metros) 1.52

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?	SI	NO	¿CUAL?
1. ¿Es usted Fumador?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?	<input checked="" type="checkbox"/>		
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?	<input checked="" type="checkbox"/>		
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?	<input checked="" type="checkbox"/>		N/A
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?		<input checked="" type="checkbox"/>	
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bípeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?		<input checked="" type="checkbox"/>	
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan disconfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>		

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		¿Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	< 1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Parte del cuerpo									
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			
Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muñecas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Manos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Caderas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						

Síntomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	SI	NO	SI	NO	1	2	3	4	5
Rodillas	X		X						
Tobillos	X		X						
Pies	X		X						

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI X NO _____

B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?
Barrer

C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día _____ Noche X

D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? SI _____ NO X
Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas?

E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
Antes _____ Después X

F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? SÍ _____ NO X

G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI _____ No X

H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.

Elbia Salazar
FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

FECHA: 12/03/2018

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Guillermo Muñoz CC: 1473024
 EDAD: 54 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO CARGO: Aux. Servicios G.
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 14/02/2000
 JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:
 PESO ACTUAL 61 ESTATURA (Metros) 1.42

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?	SI	NO	¿CUAL?
1. ¿Es usted Fumador?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?		<input checked="" type="checkbox"/>	
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bípeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?	<input checked="" type="checkbox"/>		
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan disconfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>		

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	< 1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			
Hombros		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muñecas		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
Manos		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
Caderas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						

Sintomatología (parte del cuerpo)	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?					
Rodillas	X		X							
Tobillos	X		X							
Pies	X		X							

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI X NO _____

B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?

Trapear y escurrir trapero

C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día X Noche _____

D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? SÍ _____ NO X
Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas?

E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
Antes _____ Después X

F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? SÍ _____ NO X

G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI _____ No X

H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.


FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

FECHA: 12/03/2018
DATOS DEL TRABAJADOR

 NOMBRE Dario León CC: 1574025
 EDAD: 36 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO CARGO: Servicios generales
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 22 / 01 / 1999
 JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:
 PESO ACTUAL 68 ESTATURA (Metros) 1.541

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?	SI	NO	¿CUAL?
1. ¿Es usted Fumador?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bipeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan disconfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	< 1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Muñecas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Manos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Caderas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?	Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?	Quando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?
Rodillas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Tobillos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI NO

B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?
trapejar y escurrir trapejo

C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día Noche

D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? SÍ NO
Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas?

E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
Antes Después

F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? SÍ NO

G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI No

H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.

Dario León
FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

FECHA: 12/03/2018

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Ignacio Izola

CC: 2574327

EDAD: 33 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO

CARGO: Lux Servicios g.

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 17/01/2002

JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:

PESO ACTUAL 72 ESTATURA (Metros) 1,62

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?	SI	NO	¿CUAL?
1. ¿Es usted Fumador?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?	<input checked="" type="checkbox"/>		
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?	<input checked="" type="checkbox"/>		
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?		<input checked="" type="checkbox"/>	
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bipeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?	<input checked="" type="checkbox"/>		
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan disconfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>		

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	<1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muñecas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Manos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Caderas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Rodillas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Tobillos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI NO

B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?

Barrer

C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día Noche

D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? Sí NO
Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas?

-/-

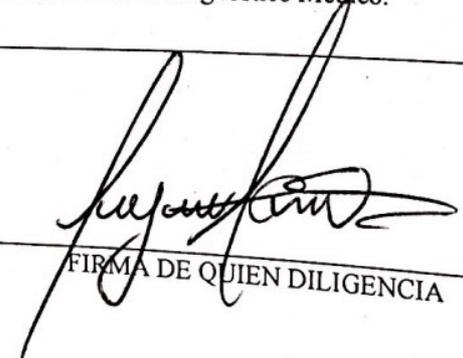
E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
Antes Después

F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? SÍ NO

G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI No

H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.

-/-


FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

FECHA: 12/03/2018

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Luis Antonio Romero CC: 3005195
 EDAD: 51 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO CARGO: Aux. Mantenimiento
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 27/02/2002
 JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:
 PESO ACTUAL 63 ESTATURA (Metros) 1.48

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?	SI	NO	¿CUAL?
1. ¿Es usted Fumador?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?	<input checked="" type="checkbox"/>		N/A
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bipeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?	<input checked="" type="checkbox"/>		
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan disconfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>		

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Síntomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	< 1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			
Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muñecas		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Manos		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
Caderas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y /o adormecimiento?	Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?	Quando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?
Rodillas	X	X	
Tobillos	X	X	
Pies	X	X	

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI X NO _____

B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?
pintar

C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día X Noche _____

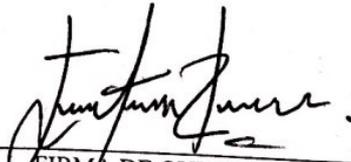
D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? SÍ _____ NO X
Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas?

E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
Antes _____ Después X

F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? SÍ _____ NO X

G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI _____ No X

H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.


FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

FECHA: 12/03/2018

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE CARLOS MORALES

CC: 19098902

EDAD: 47 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO

CARGO: AUX. MANTENIMIENTO

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 15/04/2004

JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:

PESO ACTUAL 58 ESTATURA (Metros) 1.47

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?	SI	NO	¿CUAL?
1. ¿Es usted Fumador?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bipeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?	<input checked="" type="checkbox"/>		
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan disconfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>		

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	< 1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Hombros		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muñecas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Manos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Caderas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?	Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?	Quando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?
Rodillas	X	X	
Tobillos	X	X	
Pies	X	X	

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI X NO _____

B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?

PINTAR

C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día X Noche _____

D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? SÍ _____ NO X

Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas?

E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
Antes _____ Después X

F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? SÍ _____ NO X

G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI _____ No X

H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.


FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

FECHA: 12/03/2018

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Pedro Acero CC: 79043674
 EDAD: 43 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO CARGO: Aux. Mantenimiento
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 11/02/2004
 JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:
 PESO ACTUAL 69 ESTATURA (Metros) 167

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

	SI	NO	¿CUAL??
¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
1. ¿Es usted fumador?		<input checked="" type="checkbox"/>	
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bipeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?	<input checked="" type="checkbox"/>		
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan discomfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>		

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	< 1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			
Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muñecas		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
Manos		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
Caderas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?	Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?	Quando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?
Rodillas	X	X	
Tobillos	X	X	
Pies	X	X	

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI X NO _____

B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?

Levantar Cargas

C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día _____ Noche X

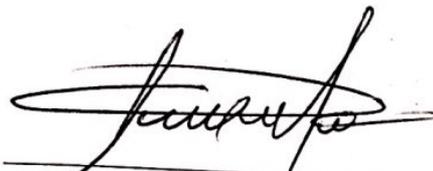
D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? SÍ _____ NO X
Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas?

E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
Antes X Después _____

F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? SÍ _____ NO X

G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI _____ No X

H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.


FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

FECHA: 12/03/2018

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Aristarco Lopez CC: 10488606
 EDAD: 58 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO CARGO: Auxiliar Mantenimiento
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 12/02/1994
 JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:
 PESO ACTUAL 73 ESTATURA (Metros) 1.72

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

	SI	NO	¿CUAL?
¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
1. ¿Es usted Fumador?		<input checked="" type="checkbox"/>	
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bipeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?	<input checked="" type="checkbox"/>		
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan disconfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>		

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	< 1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Hombros		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muñecas		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
Manos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Caderas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						

Sintomatología y parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?	Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?	Quando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?
Rodillas	X	X	
Tobillos	X	X	
Pies	X	X	

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI X NO

B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?
Levantar cargas

C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día Noche X

D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? SÍ NO X
Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas?

E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
Antes Después X

F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? SÍ NO X

G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI No X

H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.

Aristarco Lopez
FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

FECHA: 12/03/2018
DATOS DEL TRABAJADOR

 NOMBRE: Jose Nestor Herrera CC: 79484328
 EDAD: 55 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO CARGO: Aux. Mantenimiento
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 14/01/2002
 JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:
 PESO ACTUAL 56 ESTATURA (Metros) 1.63

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?	SI	NO	¿CUAL?
1. ¿Es usted Fumador?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?	<input checked="" type="checkbox"/>		N/A
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bipeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?	<input checked="" type="checkbox"/>		
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan disconfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>		

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Síntomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	< 1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muñecas		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
Manos		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
Caderas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?	Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?	Quando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?
Rodillas	X	X	
Tobillos	X	X	
Pies	X	X	

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI X NO _____

B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?
Pintar

C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día X Noche _____

D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? Sí _____ NO X
Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas?

E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
Antes X Después _____

F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? Sí _____ NO X

G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI _____ No X

H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.


FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

FECHA: 12/03/2018

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Gustavo Alarcon CC: 80826876
 EDAD: 50 GÉNERO: MASCULINO FEMENINO CARGO: Aux. Mantenimiento
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 13/02/1999
 JORNADA LABORAL: DIURNO NOCTURNO:
 PESO ACTUAL 62 ESTATURA (Metros) 1.55

1. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda.

¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?	SI	NO	¿CUAL?
1. ¿Es usted Fumador?		<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
2. ¿Practica ejercicio aeróbico, durante 30 min 3 veces a la semana?	<input checked="" type="checkbox"/>		
3. ¿Practica deportes en su tiempo libre como Tenis, Golf, Pingpong, baloncesto?	<input checked="" type="checkbox"/>		
4. ¿Duerme menos de 6 horas por día?	<input checked="" type="checkbox"/>		N/A
Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)			
5. ¿Mantiene la misma postura por más de 6 horas de la jornada laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
6. ¿Realiza los mismos movimientos (en miembros superiores o columna) por más del 50% de la Jornada Laboral diaria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Levanta, empuja cargas en postura bipeda (de pie), de más de 25 kg durante la jornada laboral?	<input checked="" type="checkbox"/>		
10. ¿Las condiciones físicas de las actividades de trabajo causan disconfort (fatiga, cansancio, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>		

2. Marque con una (X) su respuesta (SI) o (NO) según corresponda:

Sintomatología / parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?		Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?		Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?				
	NO	SI	NO	SI	< 1 hora	1-24 horas	1-7 días	1-4 semanas	Más de 1 mes
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Espalda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Cintura (región lumbar a nivel de la espalda baja)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			
Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muñecas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Manos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Caderas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Muslos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						

Sintomatología /parte del cuerpo	¿Ha sentido molestias como dolor y/o adormecimiento?	Ha presentado alguna dificultad para realizar sus actividades a causa de la molestia?	Cuando se presenta la molestia ¿cuánto tiempo dura?
Rodillas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Tobillos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

3. Preguntas referentes a la Sintomatología (Marque con x):

A. ¿Los síntomas se presentan durante el trabajo? SI NO

B. ¿Con qué actividad de su trabajo relaciona la aparición de su dolor o molestia?
Pintar

C. ¿En qué momento usualmente ocurre su molestia? Día Noche

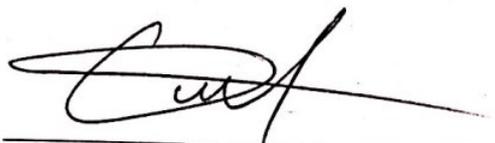
D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? Sí NO
 Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas?

E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?
 Antes Después

F. ¿Ha visitado al Médico para consultar sobre sus molestias o dolores? SÍ NO

G. ¿Ha estado incapacitado por su molestia o dolor? SI No

H. Si su respuesta es SI, por favor detalle el diagnóstico Médico.



FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA