

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
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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?

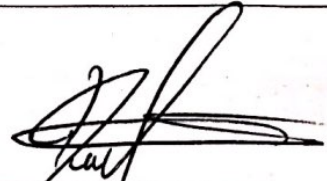
E. ¿El dolor o molestia empezó antes o después de que inició su trabajo actual?  
Antes  Después

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
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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 Aceo CC: 1023893232  
 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
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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: 39681087  
 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"/>	
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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?  
Tippear 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
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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"/>	<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
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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"/>						
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? SI \_\_\_\_\_ 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
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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:

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"/>		<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?				
	<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?

Trapear y escurrir trapero

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 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
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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?		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?

trapear y escurrir trapero

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
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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 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 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?

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]  
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
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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"/>						
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"/>	
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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?
<b>¿Tiene alguno de los siguientes hábitos?</b>			
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
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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:

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
<b>Condiciones de carga y confort físico (referido por el trabajador)</b>			
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

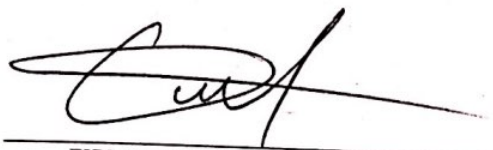
D. ¿Algunos de estos síntomas le despiertan en la noche? Sí  NO   
 Si es SÍ, ¿cuáles son los síntomas?

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