



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Administrativo

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input checked="" type="checkbox"/>	Masculino:	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?	<input type="text"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------	-------	----------------------

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input type="checkbox"/>	grueso	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	-------------------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

7. ¿Ha sentido alguna vez dolor en la zona del pecho durante más de diez minutos?

si		no	X
----	--	----	---

8. ¿Ha sentido dolor en el pecho?

si		no	X
----	--	----	---

9. ¿ha sentido dolor en los brazos?

si		no	X
----	--	----	---

10. ha sentido dolor en el cuello?

si		no	X
----	--	----	---

11. ha sentido dolor en los hombros?

si		no	X
----	--	----	---

12. ¿Ha sentido dolor en la espalda?

si		no	X
----	--	----	---

13. su dieta habitual incluye alimentos bajos o altos en grasas?

si		no	X
----	--	----	---

14. tiene algún tipo de enfermedad medica conocida que pueda ponerlo en peligro durante la actividad física? Cual?

no

15. Ha presentado hormigueo en las extremidades inferiores o superiores

si		no	X
----	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si		no	X
----	--	----	---

17. ¿Ha sentido zumbidos?

si		no	X
----	--	----	---

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si		no	X
----	--	----	---

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si		no	✓
----	--	----	---

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si	X	no	
----	---	----	--

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si		no	X
----	--	----	---

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Administrativo

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input type="checkbox"/>	Masculino:	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------	-------------------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Cuál?	<u>colesterol</u>
----	-------------------------------------	----	--------------------------	-------	-------------------

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input type="checkbox"/>	grueso	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	-------------------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?

8	<input type="checkbox"/>	12	<input checked="" type="checkbox"/>	más de 12	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----	-------------------------------------	-----------	--------------------------



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

7. ¿Ha sentido alguna vez dolor en la zona del pecho durante más de diez minutos?

si		no	X
----	--	----	---

8. ¿Ha sentido dolor en el pecho?

si	X	no	
----	---	----	--

9. ¿ha sentido dolor en los brazos?

si		no	X
----	--	----	---

10. ha sentido dolor en el cuello?

si		no	X
----	--	----	---

11. ha sentido dolor en los hombros?

si		no	X
----	--	----	---

12. ¿Ha sentido dolor en la espalda?

si	X	no	
----	---	----	--

13. su dieta habitual incluye alimentos bajos o altos en grasas?

si	X	no	
----	---	----	--

14. tiene algún tipo de enfermedad medica conocida que pueda ponerlo en peligro durante la actividad física? Cual?

no

15. Ha presentado hormigueo en las extremidades inferiores o superiores

si		no	X
----	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si		no	X
----	--	----	---

17. ¿Ha sentido zumbidos?

si		no	X
----	--	----	---

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si		no	X
----	--	----	---

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si		no	X
----	--	----	---

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si	X	no	
----	---	----	--

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si		no	X
----	--	----	---

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Escuela de Formación

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input checked="" type="checkbox"/>	Masculino:	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?	<input type="text"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------	-------	----------------------

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input type="checkbox"/>	grueso	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	-------------------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?

8	<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	más de 12	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

7. ¿Ha sentido alguna vez dolor en la zona del pecho durante más de diez minutos?

si		no	X
----	--	----	---

8. ¿Ha sentido dolor en el pecho?

si		no	X
----	--	----	---

9. ¿ha sentido dolor en los brazos?

si		no	X
----	--	----	---

10. ha sentido dolor en el cuello?

si		no	X
----	--	----	---

11. ha sentido dolor en los hombros?

si		no	X
----	--	----	---

12. ¿Ha sentido dolor en la espalda?

si	X	no	
----	---	----	--

13. su dieta habitual incluye alimentos bajos o altos en grasas?

si	X	no	
----	---	----	--

14. tiene algún tipo de enfermedad medica conocida que pueda ponerlo en peligro durante la actividad física? Cual?

no

15. Ha presentado hormigueo en las extremidades inferiores o superiores

si		no	X
----	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

17. ¿Ha sentido zumbidos?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Escuela de Formación

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input checked="" type="checkbox"/>	Masculino:	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	------------	-------------------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?	<input type="text"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------	-------	----------------------

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input type="checkbox"/>	grueso	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	-------------------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?

8	<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	más de 12	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

7. ¿Ha sentido alguna vez dolor en la zona del pecho durante más de diez minutos?

si		no	X
----	--	----	---

8. ¿Ha sentido dolor en el pecho?

si		no	X
----	--	----	---

9. ¿ha sentido dolor en los brazos?

si		no	X
----	--	----	---

10. ha sentido dolor en el cuello?

si		no	X
----	--	----	---

11. ha sentido dolor en los hombros?

si		no	X
----	--	----	---

12. ¿Ha sentido dolor en la espalda?

si		no	X
----	--	----	---

13. su dieta habitual incluye alimentos bajos o altos en grasas?

si	X	no	
----	---	----	--

14. tiene algún tipo de enfermedad medica conocida que pueda ponerlo en peligro durante la actividad física? Cual?

no

15. Ha presentado hormigueo en las extremidades inferiores o superiores

si		no	X
----	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si		no	X
----	--	----	---

17. ¿Ha sentido zumbidos?

si	X	no	
----	---	----	--

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si		no	X
----	--	----	---

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si		no	X
----	--	----	---

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si	X	no	
----	---	----	--

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si		no	X
----	--	----	---

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Escuela de Formación

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input type="checkbox"/>	Masculino:	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------	-------------------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?	<input type="text"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------	-------	----------------------

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input type="checkbox"/>	grueso	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	-------------------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?

8	<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	más de 12	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

7. ¿Ha sentido alguna vez dolor en la zona del pecho durante más de diez minutos?

si		no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	----	-------------------------------------

8. ¿Ha sentido dolor en el pecho?

si		no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	----	-------------------------------------

9. ¿ha sentido dolor en los brazos?

si		no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	----	-------------------------------------

10. ha sentido dolor en el cuello?

si		no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	----	-------------------------------------

11. ha sentido dolor en los hombros?

si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	
----	-------------------------------------	----	--

12. ¿Ha sentido dolor en la espalda?

si		no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	----	-------------------------------------

13. su dieta habitual incluye alimentos bajos o altos en grasas?

si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	
----	-------------------------------------	----	--

14. tiene algún tipo de enfermedad medica conocida que pueda ponerlo en peligro durante la actividad física? Cual?

no

15. Ha presentado hormigueo en las extremidades inferiores o superiores

si		no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	----	-------------------------------------



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

17. ¿Ha sentido zumbidos?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Escuela de Formación

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input type="checkbox"/>	Masculino:	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------	-------------------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?	<input type="text"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------	-------	----------------------

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input type="checkbox"/>	grueso	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	-------------------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?

8	<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	más de 12	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGA

7. ¿Ha sentido alguna vez dolor en la zona del pecho durante más de diez minutos?

si		no	X
----	--	----	---

8. ¿Ha sentido dolor en el pecho?

si		no	X
----	--	----	---

9. ¿ha sentido dolor en los brazos?

si		no	X
----	--	----	---

10. ha sentido dolor en el cuello?

si		no	X
----	--	----	---

11. ha sentido dolor en los hombros?

si		no	X
----	--	----	---

12. ¿Ha sentido dolor en la espalda?

si		no	X
----	--	----	---

13. su dieta habitual incluye alimentos bajos o altos en grasas?

si		no	X
----	--	----	---

14. tiene algún tipo de enfermedad medica conocida que pueda ponerlo en peligro durante la actividad física? Cual?

no

15. Ha presentado hormigueo en las extremidades inferiores o superiores

si		no	X
----	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGA

16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si		no	X
----	--	----	---

17. ¿Ha sentido zumbidos?

si		no	X
----	--	----	---

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si		no	X
----	--	----	---

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si		no	X
----	--	----	---

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si		no	X
----	--	----	---

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si		no	X
----	--	----	---

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Eswebi de Formación

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input checked="" type="checkbox"/>	Masculino:	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?	<input type="text"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------	-------	----------------------

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input type="checkbox"/>	grueso	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	-------------------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?

8	<input type="checkbox"/>	12	<input checked="" type="checkbox"/>	más de 12	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----	-------------------------------------	-----------	--------------------------

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Escuela de Formación

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input type="checkbox"/>	Masculino:	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------	-------------------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Cuál?	HTA
----	-------------------------------------	----	--------------------------	-------	-----

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input type="checkbox"/>	grueso	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	-------------------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?

8	<input type="checkbox"/>	12	<input checked="" type="checkbox"/>	más de 12	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----	-------------------------------------	-----------	--------------------------

7. ¿Ha sentido alguna vez dolor en la zona del pecho durante más de diez minutos?

si		no	X
----	--	----	---

8. ¿Ha sentido dolor en el pecho?

si		no	X
----	--	----	---

9. ¿ha sentido dolor en los brazos?

si		no	X
----	--	----	---

10. ha sentido dolor en el cuello?

si		no	X
----	--	----	---

11. ha sentido dolor en los hombros?

si	X	no	
----	---	----	--

12. ¿Ha sentido dolor en la espalda?

si	X	no	
----	---	----	--

13. su dieta habitual incluye alimentos bajos o altos en grasas?

si		no	X
----	--	----	---

14. tiene algún tipo de enfermedad medica conocida que pueda ponerlo en peligro durante la actividad física? Cual?

no

15. Ha presentado hormigueo en las extremidades inferiores o superiores

si		no	X
----	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si		no	X
----	--	----	---

17. ¿Ha sentido zumbidos?

si	X	no	
----	---	----	--

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si		no	X
----	--	----	---

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si		no	X
----	--	----	---

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si	X	no	
----	---	----	--

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si		no	X
----	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si		no	X
----	--	----	---

17. ¿Ha sentido zumbidos?

si		no	X
----	--	----	---

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si		no	X
----	--	----	---

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si		no	X
----	--	----	---

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si	X	no	
----	---	----	--

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si		no	X
----	--	----	---

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Recreación y deportes

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input type="checkbox"/>	Masculino:	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------	-------------------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?	<input type="text"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------	-------	----------------------

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input checked="" type="checkbox"/>	grueso	<input type="checkbox"/>
---------	-------------------------------------	--------	--------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?

8	<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	más de 12	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

7. ¿Ha sentido alguna vez dolor en la zona del pecho durante más de diez minutos?

si		no	X
----	--	----	---

8. ¿Ha sentido dolor en el pecho?

si		no	X
----	--	----	---

9. ¿ha sentido dolor en los brazos?

si		no	X
----	--	----	---

10. ha sentido dolor en el cuello?

si	X	no	
----	---	----	--

11. ha sentido dolor en los hombros?

si	X	no	
----	---	----	--

12. ¿Ha sentido dolor en la espalda?

si		no	X
----	--	----	---

13. su dieta habitual incluye alimentos bajos o altos en grasas?

si	X	no	
----	---	----	--

14. tiene algún tipo de enfermedad medica conocida que pueda ponerlo en peligro durante la actividad física? Cual?

no

15. Ha presentado hormigueo en las extremidades inferiores o superiores

si		no	X
----	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si		no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	----	-------------------------------------

17. ¿Ha sentido zumbidos?

si		no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	----	-------------------------------------

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si		no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	----	-------------------------------------

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si		no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	----	-------------------------------------

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si		no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	----	-------------------------------------

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si		no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	----	-------------------------------------

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Recreación y deportes

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input type="checkbox"/>	Masculino:	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------	-------------------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?	<input type="text"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------	-------	----------------------

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input checked="" type="checkbox"/>	grueso	<input type="checkbox"/>
---------	-------------------------------------	--------	--------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?

8	<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	más de 12	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

7. ¿Ha sentido alguna vez dolor en la zona del pecho durante más de diez minutos?

si		no	X
----	--	----	---

8. ¿Ha sentido dolor en el pecho?

si		no	X
----	--	----	---

9. ¿ha sentido dolor en los brazos?

si		no	X
----	--	----	---

10. ha sentido dolor en el cuello?

si	X	no	
----	---	----	--

11. ha sentido dolor en los hombros?

si	X	no	
----	---	----	--

12. ¿Ha sentido dolor en la espalda?

si		no	X
----	--	----	---

13. su dieta habitual incluye alimentos bajos o altos en grasas?

si		no	X
----	--	----	---

14. tiene algún tipo de enfermedad medica conocida que pueda ponerlo en peligro durante la actividad física? Cual?

no

15. Ha presentado hormigueo en las extremidades inferiores o superiores

si		no	X
----	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGA

16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si		no	X
----	--	----	---

17. ¿Ha sentido zumbidos?

si		no	X
----	--	----	---

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si		no	X
----	--	----	---

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si		no	X
----	--	----	---

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si	X	no	
----	---	----	--

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si		no	X
----	--	----	---

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Recreación y deportes

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input type="checkbox"/>	Masculino:	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------	-------------------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?	<input type="text"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------	-------	----------------------

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input type="checkbox"/>	grueso	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	-------------------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?

8	<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	más de 12	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------

7. ¿Ha sentido alguna vez dolor en la zona del pecho durante más de diez minutos?

si				no	X
----	--	--	--	----	---

8. ¿Ha sentido dolor en el pecho?

si				no	X
----	--	--	--	----	---

9. ¿ha sentido dolor en los brazos?

si				no	X
----	--	--	--	----	---

10. ha sentido dolor en el cuello?

si				no	X
----	--	--	--	----	---

11. ha sentido dolor en los hombros?

si				no	X
----	--	--	--	----	---

12. ¿Ha sentido dolor en la espalda?

si				no	X
----	--	--	--	----	---

13. su dieta habitual incluye alimentos bajos o altos en grasas?

si				no	X
----	--	--	--	----	---

14. tiene algún tipo de enfermedad medica conocida que pueda ponerlo en peligro durante la actividad física? Cual?

no					
----	--	--	--	--	--

15. Ha presentado hormigueo en las extremidades inferiores o superiores

si				no	X
----	--	--	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

17. ¿Ha sentido zumbidos?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Recreación y deporte

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input checked="" type="checkbox"/>	Masculino:	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Cuál?	<u>HTA</u>
----	-------------------------------------	----	--------------------------	-------	------------

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input type="checkbox"/>	grueso	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	-------------------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?

8	<input type="checkbox"/>	12	<input checked="" type="checkbox"/>	más de 12	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----	-------------------------------------	-----------	--------------------------



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

7. ¿Ha sentido alguna vez dolor en la zona del pecho durante más de diez minutos?

si		no	X
----	--	----	---

8. ¿Ha sentido dolor en el pecho?

si		no	X
----	--	----	---

9. ¿ha sentido dolor en los brazos?

si	X	no	
----	---	----	--

10. ha sentido dolor en el cuello?

si	X	no	
----	---	----	--

11. ha sentido dolor en los hombros?

si		no	X
----	--	----	---

12. ¿Ha sentido dolor en la espalda?

si		no	X
----	--	----	---

13. su dieta habitual incluye alimentos bajos o altos en grasas?

si	X	no	
----	---	----	--

14. tiene algún tipo de enfermedad medica conocida que pueda ponerlo en peligro durante la actividad física? Cual?

no

15. Ha presentado hormigueo en las extremidades inferiores o superiores

si		no	X
----	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si		no	X
----	--	----	---

17. ¿Ha sentido zumbidos?

si		no	X
----	--	----	---

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si		no	X
----	--	----	---

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si		no	X
----	--	----	---

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si		no	X
----	--	----	---

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si		no	X
----	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Recreación y deporte

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input checked="" type="checkbox"/>	Masculino:	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Cuál?	<u>diabetes</u>
----	--------------------------	----	--------------------------	-------	-----------------

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input type="checkbox"/>	grueso	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	-------------------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?

8	<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	más de 12	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

7. ¿Ha sentido alguna vez dolor en la zona del pecho durante más de diez minutos?

si		no	X
----	--	----	---

8. ¿Ha sentido dolor en el pecho?

si		no	X
----	--	----	---

9. ¿ha sentido dolor en los brazos?

si	X	no	
----	---	----	--

10. ha sentido dolor en el cuello?

si		no	X
----	--	----	---

11. ha sentido dolor en los hombros?

si		no	X
----	--	----	---

12. ¿Ha sentido dolor en la espalda?

si		no	X
----	--	----	---

13. su dieta habitual incluye alimentos bajos o altos en grasas?

si	X	no	
----	---	----	--

14. tiene algún tipo de enfermedad medica conocida que pueda ponerlo en peligro durante la actividad física? Cual?

no

15. Ha presentado hormigueo en las extremidades inferiores o superiores

si		no	X
----	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si		no	X
----	--	----	---

17. ¿Ha sentido zumbidos?

X si	X	no	
------	---	----	--

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si		no	✓
----	--	----	---

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si		no	✓
----	--	----	---

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si		no	X
----	--	----	---

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si	X	no	
----	---	----	--

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Recreación y deportes

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input type="checkbox"/>	Masculino:	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------	-------------------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?	<input type="text"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------	-------	----------------------

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input type="checkbox"/>	grueso	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	-------------------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?

8	<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	más de 12	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

7. ¿Ha sentido alguna vez dolor en la zona del pecho durante más de diez minutos?

si		no	X
----	--	----	---

8. ¿Ha sentido dolor en el pecho?

si		no	X
----	--	----	---

9. ¿ha sentido dolor en los brazos?

si	X	no	
----	---	----	--

10. ha sentido dolor en el cuello?

si		no	X
----	--	----	---

11. ha sentido dolor en los hombros?

si		no	X
----	--	----	---

12. ¿Ha sentido dolor en la espalda?

si		no	X
----	--	----	---

13. su dieta habitual incluye alimentos bajos o altos en grasas?

si	X	no	X
----	---	----	---

14. tiene algún tipo de enfermedad medica conocida que pueda ponerlo en peligro durante la actividad fisica? Cual?

ninguna

15. Ha presentado hormigueo en las extremidades inferiores o superiores

si		no	X
----	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

17. ¿Ha sentido zumbidos?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGA

ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La corporación Universitaria Uniminuto en el programa de salud ocupacional y el IDERF, buscan garantizar la salud y seguridad de los trabajadores de esta institución deportiva para ello Es muy importante conocer su estado de salud; es por ello que estos datos serán de carácter confidencial, se utilizarán con fines educativos y preventivos de un programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 04-30-18

Cargo: Administrativo

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Genero?

Femenino:	<input type="checkbox"/>	Masculino:	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------	-------------------------------------

3. ¿de su familia (padres, abuelos, hermanos) han presentado infartos, diabetes, hipertensión, colesterol o relacionados?

Si	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?	Diabetes Infarto
----	-------------------------------------	----	-------------------------------------	-------	------------------

4. ¿necesita usted consumir algún tipo de energizante o medicamento para resistir físicamente su rutina laboral? cual?

5. ¿Cómo es su constitución?

Delgado	<input checked="" type="checkbox"/>	grueso	<input type="checkbox"/>
---------	-------------------------------------	--------	--------------------------

6. ¿Cuántas horas trabaja en el día?

8	<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	más de 12	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

7. ¿Ha sentido alguna vez dolor en la zona del pecho durante más de diez minutos?

si		no	X
----	--	----	---

8. ¿Ha sentido dolor en el pecho?

si		no	X
----	--	----	---

9. ¿ha sentido dolor en los brazos?

si		no	X
----	--	----	---

10. ha sentido dolor en el cuello?

si		no	X
----	--	----	---

11. ha sentido dolor en los hombros?

si		no	X
----	--	----	---

12. ¿Ha sentido dolor en la espalda?

si		no	X
----	--	----	---

13. su dieta habitual incluye alimentos bajos o altos en grasas?

si		no	X
----	--	----	---

14. tiene algún tipo de enfermedad medica conocida que pueda ponerlo en peligro durante la actividad física? Cual?

no

15. Ha presentado hormigueo en las extremidades inferiores o superiores

si		no	X
----	--	----	---



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



IDERF
INSTITUTO DEPORTIVO
Y RECREATIVO
DE FUSAGASUGÁ

16. ¿Ha sentido dolor de cabeza repentino y sostenido?

si		no	X
----	--	----	---

17. ¿Ha sentido zumbidos?

si		no	X
----	--	----	---

18. ¿Ha tenido sensación de percibir luces de colores?

si		no	X
----	--	----	---

19. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio?

si		no	X
----	--	----	---

20. ¿de repente ha tenido sueño involuntario y repentino, caracterizada por fatiga y ansiedad?

si		no	X
----	--	----	---

21. ¿Conoce usted algún compañero de trabajo que tenga síntomas como los anteriormente descritos o que haya presentado algún antecedente de infarto o incapacidad por este tipo de riesgo?

si		no	X
----	--	----	---