

FECHA: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_

Marque con una X o diligencie según corresponda:

### 1. EDAD

\_\_\_\_\_

### 2. Peso

\_\_\_\_\_

### 3. Altura

\_\_\_\_\_

### 4. SEXO

- a. Hombre
- b. Mujer

### 5. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

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

### 6. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Técnico / Tecnólogo
- d. Universitario
- e. Ninguna

### 7. TENENCIA DE VIVIENDA

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

### 8. USO DEL TIEMPO LIBRE

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

### 9. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

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

### 10. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

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

### 11. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

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

**12. En una escala de 1 a 5 indique su nivel de satisfacción con su trabajo, donde 1 es muy insatisfecho y 5 muy satisfecho**

1. Muy insatisfecho
2. Insatisfecho
3. Ni insatisfecho ni satisfecho
4. Satisfecho
5. Muy satisfecho

**13. En una escala de 1 a 5 indique su nivel de satisfacción con el diseño del puesto de trabajo, donde 1 es muy insatisfecho y 5 muy satisfecho**

1. Muy insatisfecho
2. Insatisfecho
3. Ni insatisfecho ni satisfecho
4. Satisfecho
5. Muy satisfecho

**14. Indique sobre una escala de 1 a 5 el efecto que tiene su trabajo sobre su salud, donde 1 es muy negativo y 5 muy positivo**

1. Muy negativo
2. Negativo
3. Ni negativo ni positivo
4. Positivo
5. Muy positivo

**15. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA**

- a. Vacunación
- b. Salud Oral
- c. Exámenes de laboratorio y otros
- d. Exámenes médicos anuales
- e. Ninguna

**16. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD**

- a. Si
- b. No

Cual: \_\_\_\_\_

**17. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS**

- Frecuencia
- a. Si  Semanal
  - b. No  Quincenal
  - Mensual
  - Ocasional

**18. PRACTICA ALGUN DEPORTE**

- a. Si
- b. No

Cual: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

**19. FUMA**

- a. Si Promedio diario: \_\_\_\_\_
- b. No

**16. Indique si ha sentido molestia o no en cada una de las siguientes partes del cuerpo**

Síntoma	SI	NO	Frecuencia de la molestia (Marque con una x si su respuesta fue SI)		
			Permanente	Intermitente	Ocasional
Nuca/Cuello					
Hombro/Brazo					
Codo/Antebrazo					
Manos/Muñecas					
Dedos de la mano					
Espalda alta					
Espalda baja					
Cadera/Muslo					
Rodilla/Pierna					
Tobillo/Pie					

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

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