

		<b>CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS</b>										Código:		
												Fecha:		
												Versión:		
Fecha de elaboración del cuestionario														
Nombre:						Cedula:								
Sexo:		M		F		Edad:		Peso:						
Horario:		Dia		Noche		Mixto		Tiempo en la empresa						
<b>REPORTE</b>										<b>SI</b>	<b>NO</b>			
Realiza algún tipo de actividad física durante la semana														
Cuenta con descansos durante sus horas laborales.														
Por medio de la ARL se la ha diagnosticado alguna enfermedad de origen laboral de tipo Musculo Esqueletico.														
Ha sufrido algún tipo de accidente de trabajo donde se genere algún tipo de desgarres, tendinitis, bursitis, esguinces, torceduras.														
Por medio de su EPS han diagnosticado alguna enfermedad de origen común de tipo Musculo Esqueletico.														
<b>SE LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES</b>										<b>SI</b>	<b>NO</b>			
Artritis, osteoporosis, osteoartritis, gota														
Síndrome del túnel del carpo														
Tenosinovitis														
Síndrome de manguito rotador														
Bursitis														
Hernia discal														
Deformidades de la columna														
Fracturas														
Amputaciones														
Otra:														
<b>EN EL ÚLTIMO SEMETRE HA SENTIDO ADORMECIMIENTO , DISMINUCIÓN DE LA FUERZA, DOLOR O INFLAMACIÓN EN:</b>														
	<b>SI</b>		<b>NO</b>			<b>SI</b>		<b>NO</b>			<b>SI</b>		<b>NO</b>	
Cuello			Hombro			Manos			Cadera					
Espalda Baja			Brazo			Muñeca			Rodilla					
Espalda superior			Codo			Dedos			Pies					
Algunas de estas enfermedades ha generado incapacidad						<b>SI</b>		<b>NO</b>		Que tiempo				
<b>NOMBRE DEL SERVIDOR:</b>						<b>FIRMA:</b>								