

**ENCUESTA OSTEOMUSCULAR**  
**-ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA-**

Nombre trabajador:		C.C.:	
Fecha de nacimiento:		Fecha de ingreso a la empresa:	
Cargo:		Sede:	
Area:		Dominancia: Escribe con la mano:	
Fecha de diligenciamiento:			

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA?		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Hernia discal			
2	Lumbalgia			
3	Síndrome de manguito rotador			
4	Tendinitis bicipital			
5	Bursitis hombro			
6	Epicondilitis			
7	Enfermedad de quervain			
8	Síndrome de túnel del carpo			
9	Tendinitis de flexo extensores			
10	otra, cuál?			

SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (Relacione el número, con la zona en el dibujo) y Marque con una "X" en la casilla (SI) o (NO) según corresponda a la presencia de sintomatología como dolor, inflamación, adormecimiento u otros.	SI	NO	SEVERIDAD Califique de 1 a 10 1 (muy poco dolor) no restringe actividades de la vida diaria ni la vida laboral 10 (mucho dolor el cual restringe sus actividades y concentración y/o genera incapacidades laborales)
--	----	----	--

1	Cuello				
2 y 3	Hombros				
4 y 5	Brazos				
6 y 7	Codos				
8 y 9	Antebrazos				
10 y 11	Muñecas				
12 y 13	Manos				
14	Espalda- zona dorsal				
15	Espalda -zona lumbar				
16	Nalgas y/o caderas				
17 y 18	Muslos				
19 y 20	Rodillas				
21 y 22	Piernas				
23 ay24	Pie				

Responsable encuestas

Sandra Patricia Contreras Achury