

## Apéndices

Apéndice A:

### Formato de la Encuesta

#### ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

NOMBRE:

CARGO:

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

Marque con una X:

#### **INFORMACIÓN PERSONAL**

1. Sexo

- a) Mujer
- b) Hombre

2. ¿Cuál es su rango de edad?

- a) 18 años a 28 años
- b) 28 años a 50 años
- c) 40 años en adelante

3. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Técnico o tecnólogo
- d) Carrera profesional
- e) No estudió

4. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltero / a
- b) Casado

- c) Divorciado
- d) Unión libre
- e) Viudo
- f) Separado

### **CONDICIONES DE TRABAJO**

5. ¿Se encuentra actualmente afiliado a una ARL “administradora de riesgos laborales”?

- a) Si
- b) No

6. ¿Se encuentra actualmente afiliado a una EPS “Entidad promotora de salud”?

- a) Si
- b) No

7. ¿Cuántas horas trabaja al día?

- a) 8 horas
- b) 10 horas
- c) 12 horas
- d) Más de 12 horas

8. ¿Qué días dedica su actividad laboral?

- a) De lunes a viernes
- b) Sábados, domingos y festivos
- c) Solo festivos
- d) Domingo a domingo

### **FACTORES DE RIEGOS EN LAS ÁREAS DE TRABAJO**

10. ¿Utiliza herramientas que le puedan ocasionar algún accidente (¿cortes, golpes, amputaciones o laceraciones)?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Muy pocas veces
- d) Nunca

11. Considera que se encuentra expuesto a temperaturas altas en su área de trabajo

- a) Si

b) No

12. Considera que se encuentra expuesto a temperaturas bajas en su área de trabajo

a) Si

b) No

13. Considera que se encuentra expuesto a la combinación de temperaturas altas y bajas en la jornada laboral.

a) Si

b) No

14. ¿Se encuentra expuesto a situaciones riesgosas por motivos de seguridad durante su jornada laboral?

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

15. ¿Realiza actividades que obliguen a mantener una postura incómoda para realizar sus funciones de trabajo?

a) Siempre

b) Muchas veces

c) Pocas veces

d) Algunas veces

e) Nunca

16. ¿Realiza actividades que generen movimientos repetitivos (dedos, mano, brazos)?

a) Si

b) No

c) Tal vez

#### **CONDICIONES DE SALUD**

17. ¿Cómo considera usted su estado de salud general?

a) Muy buena

b) Buena

c) Regular

d) Mala

18. ¿Ha tenido accidentes dentro de su jornada laboral?

a) Si

b) No

19. ¿Qué tipo de accidentes ha tenido durante su jornada de trabajo?

a) Cortaduras

b) Quemaduras

c) Golpes / contusiones

d) Lesiones musculo esqueléticas

e) Ninguna

20. ¿Presenta dolor en alguna de estas partes del cuerpo?

a) Cabeza

b) Hombro

c) Espalda

d) Brazos

e) Manos

f) Piernas

g) Rodillas

h) Pies

i) Ninguna

21. ¿Considera que su estado de salud sea deteriorado producto de su trabajo?

a) Si

b) No

c) Tal vez

22. ¿Ha tenido dificultad en la comunicación entre sus compañeros y jefes?

a) Si

b) No

