

Encuesta sociodemográfica a trabajadores de la empresa Ico Clean

URL [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScsV61xBG-kYYxNzMTXJHm9cKb9u3x2LGpel38RbA\\_F\\_rKppg/formResponse](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScsV61xBG-kYYxNzMTXJHm9cKb9u3x2LGpel38RbA_F_rKppg/formResponse)

## Encuesta Perfil Sociodemografico

Esta encuesta hace parte de la recopilación de información que tiene por objeto la ejecución de un trabajo de grado sobre la identificación de peligros biomecánicos y riesgos asociados en la empresa ICO CLEAN. Consta de varias secciones las cuales usted deberá responder solicitamos la mayor sinceridad en el diligenciamiento de la encuesta .

### Datos Generales

#### Fecha

Fecha

dd/mm/aaaa:

#### Cédula

Tu respuesta

#### Nombre Completo

Tu respuesta

#### Edad

Tu respuesta

#### Cargo

Administrativo

Operario

Área de trabajo

- Oficina
- Almacenamiento
- Despacho (carga y descarga del producto)
- Producción
- Varias Funciones (almacenamiento;producción, despacho)

Turno de trabajo

- 6 horas
- 8 Horas
- mas de 8 horas

Periodos de descanso

- Almuerzo
- Descanso a media jornada
- Pausas activas

Antigüedad en el cargo

- menos de un año
- un año
- dos a tes años
- mas de tres año

Cual es su mano dominante

- Derecha
- Izquierda

En esta empresa a presentado algún accidente de trabajo

- Si
- No

## Encuesta de morbilidad sentida a trabajadores de la empresa Ico Clean

### Morbilidad

Aquí identificara las molestias osteomusculares que pueda estar presentando

### Antecedentes Médicos

su medico le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades

	Si	NO
Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Varices	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escoliosis o deformidad de columna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espondilosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síndrome del tunel del carpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hernia Discal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesiones de Meniscos (Rodilla)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lesión de Ligamentos (Rodilla)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Síntomas a nivel Osteomuscular

#### Mano

En los últimos tres meses ha presentado alguna molestia en las manos?

- Si
- No

Si su respuesta fue afirmativa marque la palabra que mejor describe su molestia (puede marcar mas de una)

	Si	No
Quemazon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rigidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perdida de fuerza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adormecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perdida de sensibilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calambre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inflamación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Localización del dolor (Indique precisamente donde presenta la molestia )

	Mano Derecha	Mano Izquierda
Del primer dedo al cuarto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dedo Pulgar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palama de la mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorso de la mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Molestias en brazo (si en los últimos tres meses a presentado de manera continua síntomas como dolor, inflamación o limitación de movimiento señale el segmento del cuerpo que corresponda)

	Si	No
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Codo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Columna (si en los últimos tres meses a presentado molestias en alguna región de la espalda)

	Si	No
Cuello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espalda media	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espalsa baja (cintura)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Miembros Inferiores (si en los últimos tres meses a presentado de manera continua síntomas como dolor, inflamación o limitación de movimiento señale el segmento del cuerpo que corresponda /cadera, rodilla o pie)

	Si	No
Muslo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pierna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tobillo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Encuesta Condiciones de trabajo a trabajadores de la empresa Ico Clean

### Condiciones de trabajo

En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: nivel operativo

¿Conoce bien los peligros biomecánicos a los que está expuesto en su trabajo?

- Sí
- No

¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?

- Sí
- No

¿Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, etc. presentan riesgos para su salud?

- Sí
- No

¿Los sitios destinados para el almacenamiento de los productos son adecuados en cuanto espacio?

- Sí
- No

¿Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más de 6 horas de la jornada de trabajo?

	Si	No
De pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Su labor le exige levantar y transportar cargas?

- Sí
- No

¿Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?

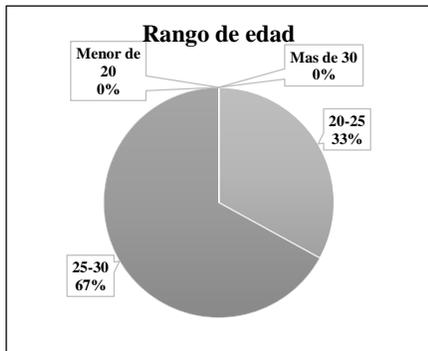
- Sí
- No

¿Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada?

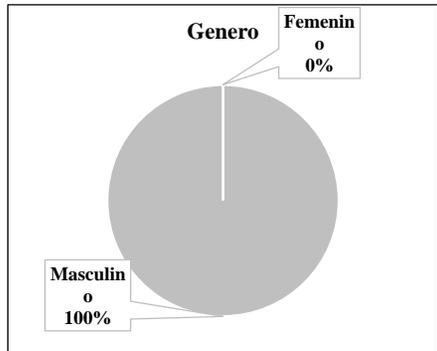
- Sí
- No

# Encuesta Sociodemográfica

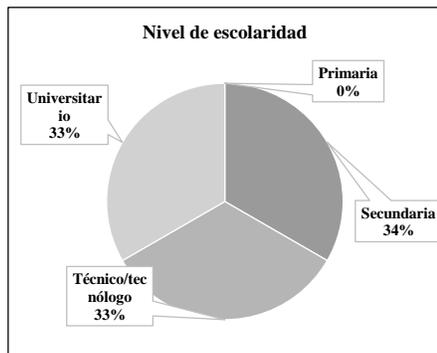
RANGO DE EDAD	
EDAD	NUMERO DE TRABAJADORES
Menor de 20	0
20-25	33%
25-30	67%
Mas de 30	0



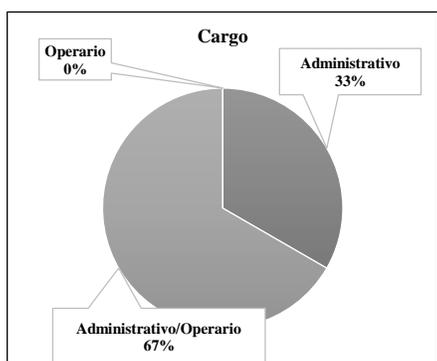
GENERO	
GENERO	NUMERO DE TRABAJADORES
Femenino	0
Masculino	3



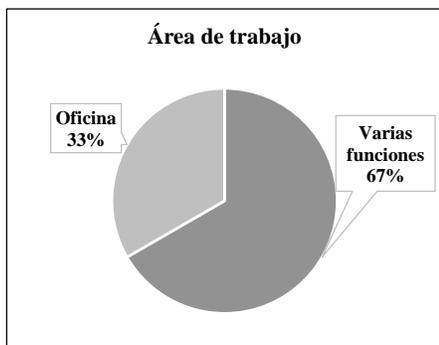
NIVEL DE ESCOLARIDAD	
NIVEL DE ESCOLARIDAD	NUMERO DE TRABAJADORES
Primaria	0
Secundaria	1
Técnico/tecnólogo	1
Universitario	1



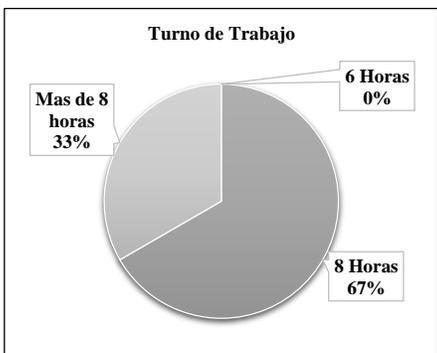
CARGO	
CARGO	NUMERO DE TRABAJADORES
Administrativo	1
Administrativo/Operario	2
Operario	0



AREA DE TRABAJO	
NIVEL DE ESCOLARIDAD	NUMERO DE TRABAJADORES
Varias funciones	2
Oficina	1
Almacenamiento	0
Producción	0
Despacho (carga y descarga del producto)	0

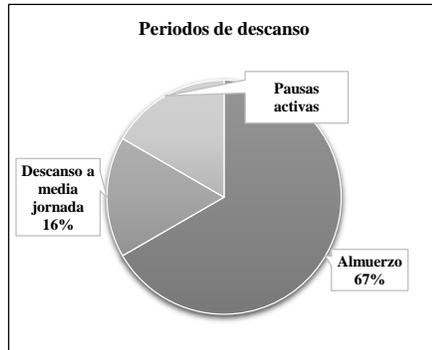


TURNO DE TRABAJO	
TURNO DE TRABAJO	NUMERO DE TRABAJADORES
6 Horas	0
8 Horas	2
Mas de 8 horas	1

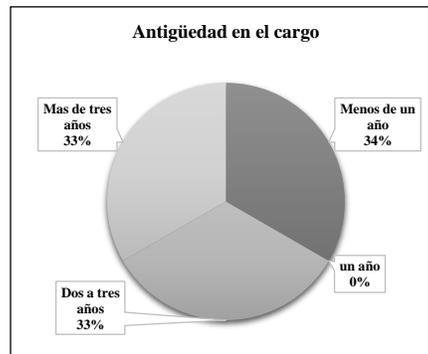


# Encuesta Sociodemográfica

PERIODOS DE DESCANSO	
Almuerzo	100%
Descanso a media jornada	25%
Pausas activas	25%



ANTIQUEDAD EN EL CARGO	
Menos de un año	1
un año	0
Dos a tres años	1
Mas de tres años	1



CUAL ES SU MANO DOMINANTE	
DERECHA	3
IZQUIERDA	0



EN ESTA EMPRESA A PRESENTADO ALGÚN	
SI	30%
NO	60%

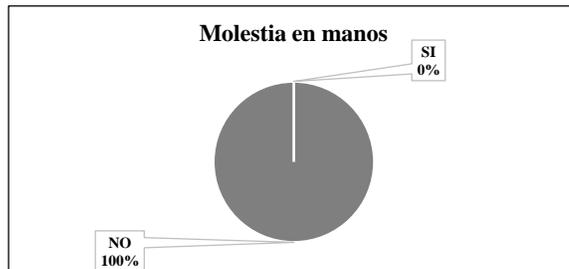


## Encuesta de morbilidad sentida

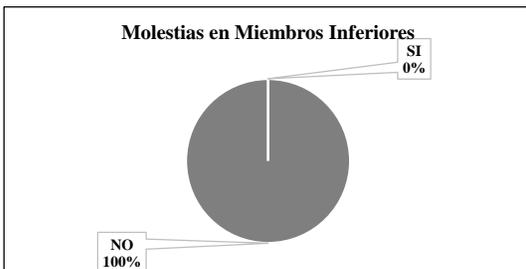
MOLESTIAS EN BRAZO (SI EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES A PRESENTADO DE MANERA CONTINUA SÍNTOMAS COMO DOLOR, INFLAMACIÓN O LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO SEÑALE EL SEGMENTO DEL CUERPO QUE CORRESPONDA /CADERA, RODILLA O PIE)	
SI	NO
0	3



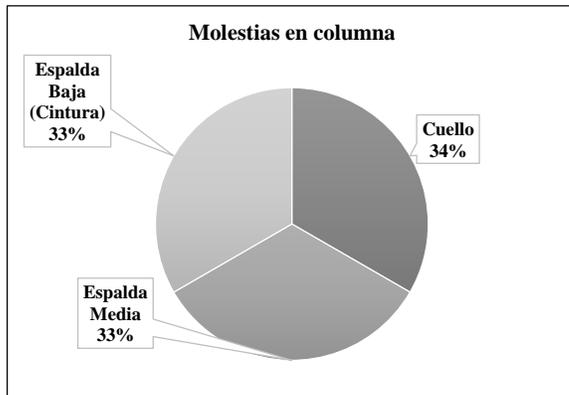
EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES HA PRESENTADO ALGUNA MOLESTIA EN LAS MANOS?	
SI	NO
0	3



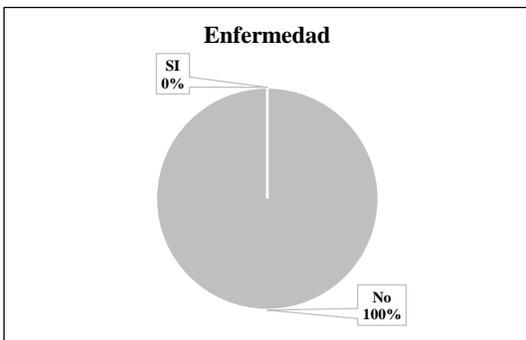
MIEMBROS INFERIORES (SI EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES A PRESENTADO DE MANERA CONTINUA SÍNTOMAS COMO DOLOR, INFLAMACIÓN O LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO SEÑALE EL SEGMENTO DEL CUERPO QUE CORRESPONDA /CADERA, RODILLA O PIE)	
SI	NO
0	3



COLUMNA (SI EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES A PRESENTADO MOLESTIAS EN ALGUNA REGIÓN DE LA ESPALADA)		
SEGMENTO	SI	NO
Cuello	1	2
Espalda Media	1	2
Espalda Baja (Cintura)	1	2



SU MEDICO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES		
Enfermedad	SI	No
TOTAL	0	100
Lesiones de ligamentos (Rodilla)		X
Artritis		X
Síndrome del túnel del carpio		X
Epicondilitis		X
Hernia Discal		X
Escolosis o deformidad en la columna		X
Varices		

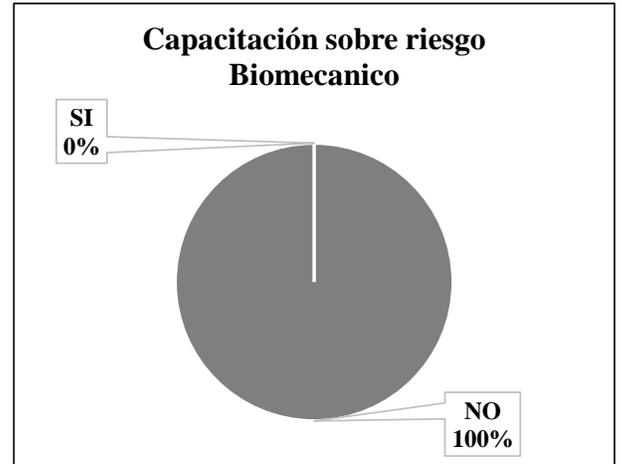


# Encuesta Condiciones de trabajo

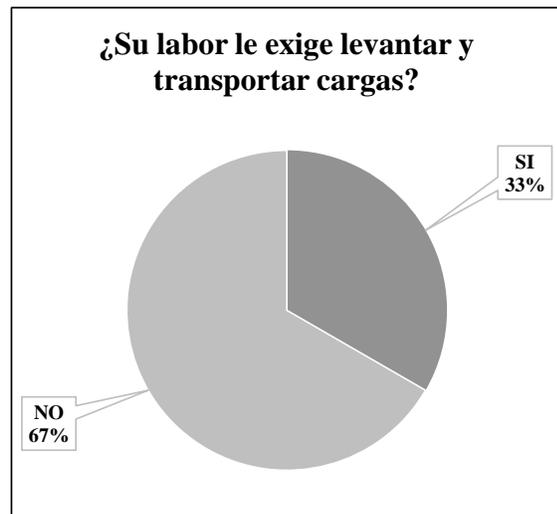
CONOCE BIEN LOS BIOMECHANICOS A LO QUE ESTÁ EXPUESTO EN SU PUESTO DE TRABAJO ?	
SI	NO
0	3



HA RECIBIDO CAPACITACIÓN SOBRE LOS RIESGOS BIOMECHANICOS A LOS QUE ESTÁ EXPUESTO?	
SI	NO
0	3



¿SU LABOR LE EXIGE LEVANTAR Y TRANSPORTAR CARGAS?	
SI	NO
1	2

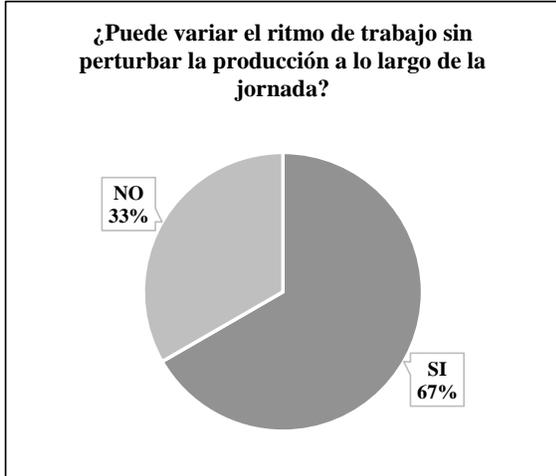


¿CUENTA CON AYUDAS MECÁNICAS PARA REALIZAR DICHA LABOR?	
SI	NO
2	0

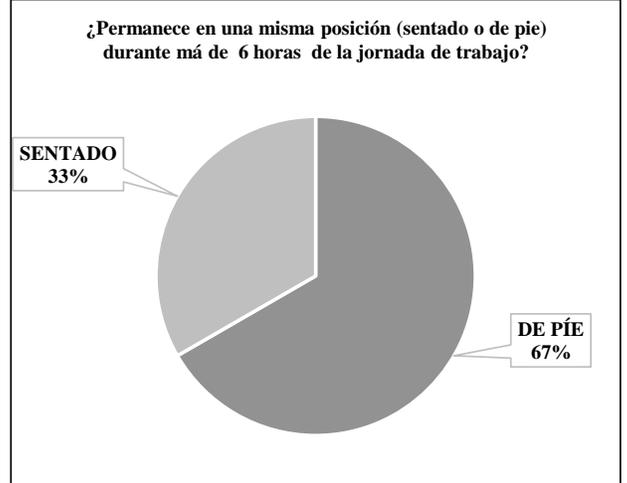


# Encuesta Condiciones de trabajo

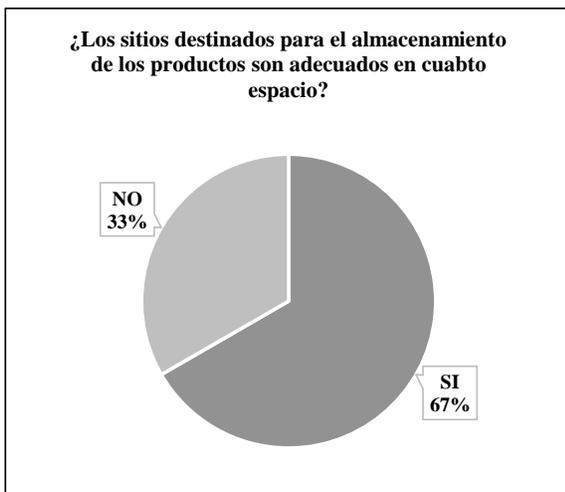
¿PUEDE VARIAR EL RITMO DE TRABAJO SIN PERTURBAR LA PRODUCCIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA?	
SI	NO
2	1



¿PERMANECE EN UNA MISMA POSICIÓN (SENTADO O DE PIE) DURANTE MÁ DE 6 HORAS DE LA JORNADA DE TRABAJO?	
DE PÍE	SENTADO
2	1
0	0



¿LOS SITIOS DESTINADOS PARA EL ALMACENAMIENTO DE LOS PRODUCTOS SON ADECUADOS EN CUANTO ESPACIO?	
SI	NO
2	1



¿CONSIDERA QUE LOS PISOS, TECHOS, PAREDES, ESCALERAS, ETC. PRESENTAN RIESGOS PARA SU SALUD?	
SI	NO
0	3

