
	FORMATO: ENCUESTA DE SÍNTOMAS MUSCULOS ESQUELÉTICOS RIESGO BIOMECÁNICO	
---	---	---

Declaro que he sido informado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta encuesta, que me han aclarado todas las dudas y sé que mi participación es voluntaria, por lo anterior, doy mi consentimiento para que la información de la misma sea utilizada para los análisis requeridos dentro del proyecto Programa De Prevención De Riesgos Biomecánicos En La secretaria de Talento Humano y secretaria de Almacén de la Alcaldía de Melgar Tolima.


INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR		Nombres		Apellidos	
		Lizeth Montoya		Montoya Ramirez	
Número de identificación		Sexo		Peso (Kg)	Estatura (cm)
7007650905		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/>		56	1.61
Lateralidad		Edad		Área o Dependencia	
Diestro <input type="checkbox"/> Zurlo <input type="checkbox"/> Ambidiestro <input type="checkbox"/>		24		Gestión humana	
Cargo actual		Antigüedad en el cargo			
Profesional SST		4 meses			


HÁBITOS		¿Fuma?	¿Cuántos cigarrillos día?	¿Hace cuánto tiempo fuma?
		NO		
¿Realiza actividad física?		¿Cuál?		Frecuencia
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Gimnasio		todos los días
¿Realiza pausas saludables?		Tipo		Duración
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Estramentos		4 minutos


ANTECEDENTES		De acuerdo con los antecedentes relacionados con el sistema Musculo esquelético, diligencie los siguientes datos:		
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad?		¿Cuál?	Origen (Laboral/común)	¿Se encuentra en seguimiento?
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún accidente de trabajo?		Diagnóstico	Fecha	Incapacidad/duración
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
¿Ha tenido incapacidades relacionadas?		Diagnostico	Fecha	Duración
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				


CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS


EVALUACIÓN DE CONDICIÓN DE SALUD MÚSCULO ESQUELÉTICA ACTUAL De acuerdo a las partes del cuerpo que identifica en cada gráfico, seleccione los lugares donde Usted presenta molestias:











 NUCA-CUELLO	1. Molestias en el cuello		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos lados <input checked="" type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> Tensión					

 HOMBRO	2. Molestias en el hombro		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hombro derecho <input type="checkbox"/>	Hombro Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					

 BRAZO	2. Molestias en el brazo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	brazo derecho <input type="checkbox"/>	brazo izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					

 CODO	3. Molestias en el codo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	codo derecho <input type="checkbox"/>	codo izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					

 ANTEBRAZO	4. Molestias en el antebrazo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	antebrazo derecho <input type="checkbox"/>	antebrazo izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					

 MUÑECA	5. Molestias en la muñeca		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	muñeca derecha <input type="checkbox"/>	muñeca Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MANO	6. Molestias en la mano		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 DEDOS	7. Molestias en los dedos		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA ALTA	8. Molestias en la espalda alta		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	infrecuente, ocasionalmente
 ESPALDA BAJA	9. Molestias en la espalda baja		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 CADERA	10. Molestias en la cadera		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Cadera derecha <input type="checkbox"/>	Cadera Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MUSLO	11. Molestias en el muslo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Muslo derecho <input type="checkbox"/>	Muslo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 RODILLA	12. Molestias en la Rodilla		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Rodilla derecha <input type="checkbox"/>	Rodilla Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIERNA	13. Molestias en la pierna		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pierna derecha <input type="checkbox"/>	pierna Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIE	14. Molestias en el pie		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pie derecho <input type="checkbox"/>	pie Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL SERVIDOR	Nombre Completo:				Firma:
DATOS DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN:	Nombre Completo:				Firma:

Nota: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la Política de Tratamiento de los Datos Personales del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, a través del siguiente link: <http://portal.minvivienda.local/ProcesosCorporativos/GPT-L-01%20Lineamiento%20tratamiento%20datos%20personales%201.0.pdf>

	FORMATO: ENCUESTA DE SÍNTOMAS MUSCULOS ESQUELÉTICOS RIESGO BIOMECÁNICO	
---	---	---

Declaro que he sido informado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta encuesta, que me han aclarado todas las dudas y sé que mi participación es voluntaria, por lo anterior, doy mi consentimiento para que la información de la misma sea utilizada para los análisis requeridos dentro del proyecto Programa De Prevención De Riesgos Biomecánicos En La secretaria de Talento Humano y secretaria de Almacén de la Alcaldía de Melgar Tolima.






INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR		Nombres		Apellidos	
Número de identificación		Sexo		Peso (Kg)	Estatura (cm)
Lateralidad		Edad		Área o Dependencia	
Cargo actual		Antigüedad en el cargo			
65823339		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/>		65	1.60
Diestro <input checked="" type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Ambidiestro <input type="checkbox"/>		43		Planificación	
PROFESIONAL UNIVERSITARIO E-10				10 AÑOS	


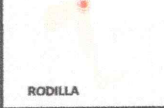
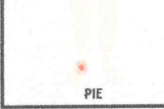
HÁBITOS		¿Fuma?	¿Cuántos cigarrillos día?	¿Hace cuánto tiempo fuma?
¿Realiza actividad física?		¿Cuál?	Frecuencia	Duración
¿Realiza pausas saludables?		Tipo		Duración
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Ugual		5 minutos
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		5 Horas		5 minutos

ANTECEDENTES		De acuerdo con los antecedentes relacionados con el sistema Musculo esquelético, diligencie los siguientes datos:		
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad?		¿Cuál?	Origen (Laboral/común)	¿Se encuentra en seguimiento?
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún accidente de trabajo?		Diagnóstico	Fecha	incapacidad/duración
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
¿Ha tenido incapacidades relacionadas?		Diagnostico	Fecha	Duración
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				



CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS

EVALUACIÓN DE CONDICIÓN DE SALUD MÚSCULO ESQUELÉTICA ACTUAL De acuerdo a las partes del cuerpo que identifica en cada gráfico, seleccione los lugares donde Usted presenta molestias:

 <p>NUCA-CUELLO</p>	1. Molestias en el cuello		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Lado derecho <input checked="" type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos lados <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
 <p>HOMBRO</p>	2. Molestias en el hombro		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hombro derecho <input checked="" type="checkbox"/>	Hombro Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
 <p>BRAZO</p>	2. Molestias en el brazo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	brazo derecho <input checked="" type="checkbox"/>	brazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
 <p>CODO</p>	3. Molestias en el codo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	codo derecho <input type="checkbox"/>	codo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
 <p>ANTEBRAZO</p>	4. Molestias en el antebrazo		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	antebrazo derecho <input checked="" type="checkbox"/>	antebrazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					

 MUÑECA	5. Molestias en la muñeca		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	muñeca derecha <input checked="" type="checkbox"/>	muñeca Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input checked="" type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MANO	6. Molestias en la mano		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 DEDOS	7. Molestias en los dedos		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA ALTA	8. Molestias en la espalda alta		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA BAJA	9. Molestias en la espalda baja		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Lado derecho <input checked="" type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input checked="" type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 CADERA	10. Molestias en la cadera		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Cadera derecha <input type="checkbox"/>	Cadera Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MUSLO	11. Molestias en el muslo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Muslo derecho <input type="checkbox"/>	Muslo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 RODILLA	12. Molestias en la Rodilla		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Rodilla derecha <input type="checkbox"/>	Rodilla Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIERNA	13. Molestias en la pierna		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pierna derecha <input type="checkbox"/>	pierna Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIE	14. Molestias en el pie		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pie derecho <input type="checkbox"/>	pie Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL SERVIDOR	Nombre Completo: Hernanda Poro			Firma: Hernanda Poro	
DATOS DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN:	Nombre Completo:			Firma:	

Nota: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la Política de Tratamiento de los Datos Personales del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, a través del siguiente link: <http://portal.minvivienda.local/ProcesosCorporativos/GPT-L-01%20Lineamiento%20tratamiento%20datos%20personales%201.0.pdf>

 UNIMINUTO <small>Corporación Universitaria del Minuto de Dios</small> <small>Escuela de Salud y Seguridad</small>	FORMATO: ENCUESTA DE SÍNTOMAS MUSCULOS ESQUELÉTICOS RIESGO BIOMECÁNICO	
---	---	---

Declaro que he sido informado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta encuesta, que me han aclarado todas las dudas y sé que mi participación es voluntaria, por lo anterior, doy mi consentimiento para que la información de la misma sea utilizada para los análisis requeridos dentro del proyecto Programa De Prevención De Riesgos Biomecánicos En La secretaria de Talento Humano y secretaria de Almacén de la Alcaldía de Melgar Tolima.






INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR		Nombres		Apellidos	
		Pedando		Perez Ortiz	
Número de identificación		Sexo		Peso (Kg)	Estatura (cm)
28246530		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/>		65k.	1.68
Lateralidad		Edad		Área o Dependencia	
Diestro <input checked="" type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Ambidiestro <input type="checkbox"/>		52		Planeación	
Cargo actual				Antigüedad en el cargo	
Contratista				8 meses	








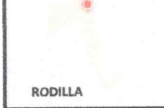


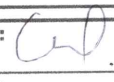
HÁBITOS		¿Fuma?	¿Cuántos cigarrillos día?	¿Hace cuánto tiempo fuma?
		No	N/A	N/A
¿Realiza actividad física?		¿Cuál?		Frecuencia
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Gimnasio		3 veces
¿Realiza pausas saludables?		Tipo		Frecuencia
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Descanso		5 minutos

ANTECEDENTES		De acuerdo con los antecedentes relacionados con el sistema Musculo esquelético, diligencie los siguientes datos:		
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad?		¿Cuál?	Origen (Laboral/común)	¿Se encuentra en seguimiento?
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		/	/	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún accidente de trabajo?		Diagnóstico	Fecha	incapacidad/duración
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		/	/	/
¿Ha tenido incapacidades relacionadas?		Diagnostico	Fecha	Duración
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		/	/	/

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS

EVALUACIÓN DE CONDICIÓN DE SALUD MÚSCULO ESQUELÉTICA ACTUAL De acuerdo a las partes del cuerpo que identifica en cada gráfico, seleccione los lugares donde Usted presenta molestias:

 NUCA-CUELLO	1. Molestias en el cuello		Ubicación		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos lados <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____					
 HOMBRO	2. Molestias en el hombro		Ubicación		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Hombro derecho <input type="checkbox"/>	Hombro Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____					
 BRAZO	2. Molestias en el brazo		Ubicación		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		brazo derecho <input type="checkbox"/>	brazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____					
 CODO	3. Molestias en el codo		Ubicación		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		codo derecho <input type="checkbox"/>	codo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____					
 ANTEBRAZO	4. Molestias en el antebrazo		Ubicación		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		antebrazo derecho <input type="checkbox"/>	antebrazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____					

 MUÑECA	5. Molestias en la muñeca		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	muñeca derecha <input type="checkbox"/>	muñeca Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MANO	6. Molestias en la mano		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 DEDOS	7. Molestias en los dedos		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA ALTA	8. Molestias en la espalda alta		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Lado derecho <input checked="" type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input checked="" type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	9 Días
 ESPALDA BAJA	9. Molestias en la espalda baja		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 CADERA	10. Molestias en la cadera		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Cadera derecha <input type="checkbox"/>	Cadera Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MUSLO	11. Molestias en el muslo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Muslo derecho <input type="checkbox"/>	Muslo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 RODILLA	12. Molestias en la Rodilla		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Rodilla derecha <input type="checkbox"/>	Rodilla Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIERNA	13. Molestias en la pierna		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pierna derecha <input type="checkbox"/>	pierna Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIE	14. Molestias en el pie		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pie derecho <input type="checkbox"/>	pie Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL SERVIDOR	Nombre Completo: Yolanda Peña			Firma: 	
DATOS DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN:	Nombre Completo:			Firma:	

Nota: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la Política de Tratamiento de los Datos Personales del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, a través del siguiente link: <http://portal.minvivienda.local/ProcesosCorporativos/GPT-L-01%20Lineamiento%20tratamiento%20datos%20personales%201.0.pdf>

 UNIMINUTO <small>Universidad del Meta</small> <small>Libertación de calidad y acceso de todos</small>	FORMATO: ENCUESTA DE SÍNTOMAS MUSCULOS ESQUELÉTICOS RIESGO BIOMECÁNICO	
---	---	---

Declaro que he sido informado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta encuesta, que me han aclarado todas las dudas y sé que mi participación es voluntaria, por lo anterior, doy mi consentimiento para que la información de la misma sea utilizada para los análisis requeridos dentro del proyecto Programa De Prevención De Riesgos Biomecánicos En La secretaria de Talento Humano y secretaria de Almacén de la Alcaldía de Melgar Tolima.


INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR		Nombres		Apellidos	
		<i>Martín</i>		<i>Boez Gualtero</i>	
Número de identificación	Sexo	Peso (Kg)	Estatura (cm)		
<i>14249241</i>	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	<i>68</i>	<i>1.71</i>		
Lateralidad	Edad	Área o Dependencia			
Diestro <input checked="" type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Ambidiestro <input type="checkbox"/>	<i>60</i>	<i>Planificación</i>			
Cargo actual			Antigüedad en el cargo		
<i>contratista</i>					


HÁBITOS		¿Fuma?	¿Cuántos cigarrillos día?	¿Hace cuánto tiempo fuma?
¿Realiza actividad física?		¿Cuál?	Frecuencia	Duración
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
¿Realiza pausas saludables?		Tipo	Frecuencia	Duración
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				


ANTECEDENTES		De acuerdo con los antecedentes relacionados con el sistema Musculo esquelético, diligencie los siguientes datos:		
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad?	¿Cuál?	Origen (Laboral/común)	¿Se encuentra en seguimiento?	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido algún accidente de trabajo?	Diagnóstico	Fecha	incapacidad/duración	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
¿Ha tenido incapacidades relacionadas?	Diagnostico	Fecha	Duración	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

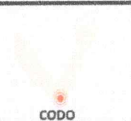
CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS


EVALUACIÓN DE CONDICIÓN DE SALUD MÚSCULO ESQUELÉTICA ACTUAL De acuerdo a las partes del cuerpo que identifica en cada gráfico, seleccione los lugares donde Usted presenta molestias:


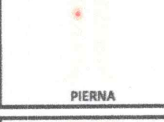
 NUCA-CUELLO	1. Molestias en el cuello		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Lado derecho <input type="checkbox"/> Lado Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos lados <input checked="" type="checkbox"/>		
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____				

 HOMBRO	2. Molestias en el hombro		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Hombro derecho <input checked="" type="checkbox"/> Hombro Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>		
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____				



 BRAZO	2. Molestias en el brazo		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		brazo derecho <input checked="" type="checkbox"/> brazo Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>		
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Hormigueo <input checked="" type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____				

 CODO	3. Molestias en el codo		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		codo derecho <input checked="" type="checkbox"/> codo Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>		
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____				

 ANTEBRAZO	4. Molestias en el antebrazo		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		antebrazo derecho <input checked="" type="checkbox"/> antebrazo Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>		
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____				

	5. Molestias en la muñeca		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	muñeca derecha <input type="checkbox"/>	muñeca Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
	6. Molestias en la mano		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
	7. Molestias en los dedos		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input checked="" type="checkbox"/>	Hormigueo <input checked="" type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
	8. Molestias en la espalda alta		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input checked="" type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input checked="" type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
	9. Molestias en la espalda baja		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
	10. Molestias en la cadera		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Cadera derecha <input type="checkbox"/>	Cadera Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
	11. Molestias en el muslo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Muslo derecho <input type="checkbox"/>	Muslo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
	12. Molestias en la Rodilla		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Rodilla derecha <input type="checkbox"/>	Rodilla Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
	13. Molestias en la pierna		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pierna derecha <input type="checkbox"/>	pierna Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
	14. Molestias en el pie		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pie derecho <input type="checkbox"/>	pie Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL SERVIDOR	Nombre Completo: Mauricio Baez G			Firma: 	
DATOS DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN:	Nombre Completo:			Firma:	

Nota: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la Política de Tratamiento de los Datos Personales del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, a través del siguiente link: <http://portal.minvivienda.local/ProcesosCorporativos/GPT-L-01%20Lineamiento%20tratamiento%20datos%20personales%201.0.pdf>

	FORMATO: ENCUESTA DE SÍNTOMAS MUSCULOS ESQUELÉTICOS RIESGO BIOMECÁNICO	
---	---	---

Declaro que he sido informado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta encuesta, que me han aclarado todas las dudas y sé que mi participación es voluntaria, por lo anterior, doy mi consentimiento para que la información de la misma sea utilizada para los análisis requeridos dentro del proyecto Programa De Prevención De Riesgos Biomecánicos En La secretaria de Talento Humano y secretaria de Almacén de la Alcaldía de Melgar Tolima.


INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR		Nombres		Apellidos	
		Lizeth Montoya		Montoya Ramirez	
Número de identificación		Sexo		Peso (Kg)	Estatura (cm)
7007650905		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/>		56	1.61
Lateralidad		Edad		Área o Dependencia	
Diestro <input type="checkbox"/> Zurlo <input type="checkbox"/> Ambidiestro <input type="checkbox"/>		24		Gestión humana	
Cargo actual		Antigüedad en el cargo			
Profesional SST		4 meses			


HÁBITOS		¿Fuma?	¿Cuántos cigarrillos día?	¿Hace cuánto tiempo fuma?
		NO		
¿Realiza actividad física?		¿Cuál?	Frecuencia	Duración
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Gimnasio	todos los días	1 hora
¿Realiza pausas saludables?		Tipo	Frecuencia	Duración
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Estramentos	todos los días	4 minutos


ANTECEDENTES		De acuerdo con los antecedentes relacionados con el sistema Musculo esquelético, diligencie los siguientes datos:		
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad?		¿Cuál?	Origen (Laboral/común)	¿Se encuentra en seguimiento?
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún accidente de trabajo?		Diagnóstico	Fecha	Incapacidad/duración
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
¿Ha tenido incapacidades relacionadas?		Diagnostico	Fecha	Duración
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				


CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS


EVALUACIÓN DE CONDICIÓN DE SALUD MÚSCULO ESQUELÉTICA ACTUAL De acuerdo a las partes del cuerpo que identifica en cada gráfico, seleccione los lugares donde Usted presenta molestias:











 NUCA-CUELLO	1. Molestias en el cuello		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos lados <input checked="" type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> Tensión					

 HOMBRO	2. Molestias en el hombro		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Hombro derecho <input type="checkbox"/>	Hombro Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					



 BRAZO	2. Molestias en el brazo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		brazo derecho <input type="checkbox"/>	brazo izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					

 CODO	3. Molestias en el codo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		codo derecho <input type="checkbox"/>	codo izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					

 ANTEBRAZO	4. Molestias en el antebrazo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		antebrazo derecho <input type="checkbox"/>	antebrazo izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					

 MUÑECA	5. Molestias en la muñeca		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	muñeca derecha <input type="checkbox"/>	muñeca Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MANO	6. Molestias en la mano		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 DEDOS	7. Molestias en los dedos		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA ALTA	8. Molestias en la espalda alta		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	infrecuente, ocasionalmente
 ESPALDA BAJA	9. Molestias en la espalda baja		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 CADERA	10. Molestias en la cadera		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Cadera derecha <input type="checkbox"/>	Cadera Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MUSLO	11. Molestias en el muslo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Muslo derecho <input type="checkbox"/>	Muslo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 RODILLA	12. Molestias en la Rodilla		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Rodilla derecha <input type="checkbox"/>	Rodilla Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIERNA	13. Molestias en la pierna		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pierna derecha <input type="checkbox"/>	pierna Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIE	14. Molestias en el pie		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pie derecho <input type="checkbox"/>	pie Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL SERVIDOR	Nombre Completo:				Firma:
DATOS DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN:	Nombre Completo:				Firma:

Nota: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la Política de Tratamiento de los Datos Personales del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, a través del siguiente link: <http://portal.minvivienda.local/ProcesosCorporativos/GPT-L-01%20Lineamiento%20tratamiento%20datos%20personales%201.0.pdf>

 UNIMINUTO <small>Universidad Nacional del Meta</small>	FORMATO: ENCUESTA DE SÍNTOMAS MUSCULOS ESQUELÉTICOS RIESGO BIOMECÁNICO	
---	---	---

Declaro que he sido informado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta encuesta, que me han aclarado todas las dudas y sé que mi participación es voluntaria, por lo anterior, doy mi consentimiento para que la información de la misma sea utilizada para los análisis requeridos dentro del proyecto Programa De Prevención De Riesgos Biomecánicos En La secretaria de Talento Humano y secretaria de Almacén de la Alcaldía de Melgar Tolima.


INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR		Nombres	Apellidos	
		ANGIE JOLLIET	FLOREZ LEON	
Número de identificación	Sexo	Peso (Kg)	Estatura (cm)	
1.106.893.392	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/>	58	1.54	
Lateralidad	Edad	Área o Dependencia		
Diestro <input checked="" type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Ambidiestro <input type="checkbox"/>	33	ADMINISTRATIVA		
Cargo actual		Antigüedad en el cargo		
CONTRATISTA		3 MESES		


HÁBITOS		¿Fuma?	¿Cuántos cigarrillos día?	¿Hace cuánto tiempo fuma?
		NO		
¿Realiza actividad física?		¿Cuál?	Frecuencia	Duración
SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	TROTAR	4 VECES SEM.	1 HORA	
¿Realiza pausas saludables?		Tipo	Frecuencia	Duración
SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				

ANTECEDENTES		De acuerdo con los antecedentes relacionados con el sistema Musculo esquelético, diligencie los siguientes datos:		
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad?	¿Cuál?	Origen (Laboral/común)	¿Se encuentra en seguimiento?	
SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido algún accidente de trabajo?	Diagnóstico	Fecha	Incapacidad/duración	
SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
¿Ha tenido incapacidades relacionadas?	Diagnostico	Fecha	Duración	
SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				


CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS

EVALUACIÓN DE CONDICIÓN DE SALUD MÚSCULO ESQUELÉTICA ACTUAL De acuerdo a las partes del cuerpo que identifica en cada gráfico, seleccione los lugares donde Usted presenta molestias:

 NUCA-CUELLO	1. Molestias en el cuello		Ubicación		
	SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/> Lado Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos lados <input type="checkbox"/>	Tipo de molestia		Tiempo de evolución
	Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				

 HOMBRO	2. Molestias en el hombro		Ubicación		
	SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Hombro derecho <input type="checkbox"/> Hombro Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>	Tipo de molestia		Tiempo de evolución
	Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				



 BRAZO	2. Molestias en el brazo		Ubicación		
	SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	brazo derecho <input type="checkbox"/> brazo Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>	Tipo de molestia		Tiempo de evolución
	Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				

 CODO	3. Molestias en el codo		Ubicación		
	SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	codo derecho <input type="checkbox"/> codo Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>	Tipo de molestia		Tiempo de evolución
	Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				

 ANTEBRAZO	4. Molestias en el antebrazo		Ubicación		
	SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	antebrazo derecho <input type="checkbox"/> antebrazo Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>	Tipo de molestia		Tiempo de evolución
	Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				

 MUÑECA	5. Molestias en la muñeca		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	muñeca derecha <input type="checkbox"/>	muñeca Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input checked="" type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input checked="" type="checkbox"/>	Hormigueo <input checked="" type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MANO	6. Molestias en la mano		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input checked="" type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 DEDOS	7. Molestias en los dedos		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA ALTA	8. Molestias en la espalda alta		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA BAJA	9. Molestias en la espalda baja		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 CADERA	10. Molestias en la cadera		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Cadera derecha <input type="checkbox"/>	Cadera Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MUSLO	11. Molestias en el muslo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Muslo derecho <input type="checkbox"/>	Muslo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 RODILLA	12. Molestias en la Rodilla		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Rodilla derecha <input type="checkbox"/>	Rodilla Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input checked="" type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input checked="" type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIERNA	13. Molestias en la pierna		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pierna derecha <input type="checkbox"/>	pierna Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIE	14. Molestias en el pie		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pie derecho <input type="checkbox"/>	pie Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL SERVIDOR	Nombre Completo: ANGIE JULIET FLORES LEON				Firma: 
DATOS DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN:	Nombre Completo:				Firma:

Nota: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la Política de Tratamiento de los Datos Personales del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, a través del siguiente link: <http://portal.minvivienda.local/ProcesosCorporativos/GPT-L-01%20Lineamiento%20tratamiento%20datos%20personales%201.0.pdf>

	FORMATO: ENCUESTA DE SÍNTOMAS MUSCULOS ESQUELÉTICOS RIESGO BIOMECÁNICO	
---	---	---

Declaro que he sido informado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta encuesta, que me han aclarado todas las dudas y sé que mi participación es voluntaria, por lo anterior, doy mi consentimiento para que la información de la misma sea utilizada para los análisis requeridos dentro del proyecto Programa De Prevención De Riesgos Biomecánicos En La secretaria de Talento Humano y secretaria de Almacén de la Alcaldía de Melgar Tolima.






INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR		Nombres		Apellidos	
Número de identificación		Sexo		Peso (Kg)	Estatura (cm)
1018418524		Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input checked="" type="checkbox"/>	67	1.63
Lateralidad		Edad		Área o Dependencia	
Diestro <input checked="" type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Ambidiestro <input type="checkbox"/>		37		Administrativa	
Cargo actual				Antigüedad en el cargo	
ARROYO					

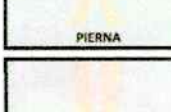
HÁBITOS		¿Fuma?	¿Cuántos cigarrillos día?	¿Hace cuánto tiempo fuma?
¿Realiza actividad física?		¿Cuál?	Frecuencia	Duración
Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>			
¿Realiza pausas saludables?		Tipo	Frecuencia	Duración
Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	pausa activa	diaria	10 mts

ANTECEDENTES		De acuerdo con los antecedentes relacionados con el sistema Musculo esquelético, diligencie los siguientes datos:		
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad?	¿Cuál?	Origen (Laboral/común)	¿Se encuentra en seguimiento?	
Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún accidente de trabajo?	Diagnóstico	Fecha	incapacidad/duración	
Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>			
¿Ha tenido incapacidades relacionadas?	Diagnostico	Fecha	Duración	
Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>			



CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS

EVALUACIÓN DE CONDICIÓN DE SALUD MÚSCULO ESQUELÉTICA ACTUAL De acuerdo a las partes del cuerpo que identifica en cada gráfico, seleccione los lugares donde Usted presenta molestias:

 NUCA-CUELLO	1. Molestias en el cuello		Ubicación		
	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos lados <input checked="" type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro _____	
 HOMBRO	2. Molestias en el hombro		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Hombro derecho <input type="checkbox"/>	Hombro Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro _____	
 BRAZO	2. Molestias en el brazo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	brazo derecho <input type="checkbox"/>	brazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro _____	
 CODO	3. Molestias en el codo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	codo derecho <input type="checkbox"/>	codo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro _____	
 ANTEBRAZO	4. Molestias en el antebrazo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	antebrazo derecho <input type="checkbox"/>	antebrazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/>		Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro _____	

 MUÑECA	5. Molestias en la muñeca		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	muñeca derecha <input type="checkbox"/>	muñeca Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MANO	6. Molestias en la mano		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 DEDOS	7. Molestias en los dedos		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA ALTA	8. Molestias en la espalda alta		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA BAJA	9. Molestias en la espalda baja		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 CADERA	10. Molestias en la cadera		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Cadera derecha <input type="checkbox"/>	Cadera Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MUSLO	11. Molestias en el muslo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Muslo derecho <input type="checkbox"/>	Muslo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 RODILLA	12. Molestias en la Rodilla		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Rodilla derecha <input type="checkbox"/>	Rodilla Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIERNA	13. Molestias en la pierna		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pierna derecha <input type="checkbox"/>	pierna Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIE	14. Molestias en el pie		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pie derecho <input type="checkbox"/>	pie Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL SERVIDOR	Nombre Completo: <i>Andrés Poveda</i>			Firma: 	
DATOS DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN:	Nombre Completo:			Firma:	

Nota: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la Política de Tratamiento de los Datos Personales del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, a través del siguiente link: <http://portal.minvivienda.local/ProcesosCorporativos/GPT-L-01%20Lineamiento%20tratamiento%20datos%20personales%201.0.pdf>

 UNIMINUTO <small>Universidad Nacional del Meta</small>	FORMATO: ENCUESTA DE SÍNTOMAS MUSCULOS ESQUELÉTICOS RIESGO BIOMECÁNICO	
---	---	---

Declaro que he sido informado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta encuesta, que me han aclarado todas las dudas y sé que mi participación es voluntaria, por lo anterior, doy mi consentimiento para que la información de la misma sea utilizada para los análisis requeridos dentro del proyecto Programa De Prevención De Riesgos Biomecánicos En La secretaria de Talento Humano y secretaria de Almacén de la Alcaldía de Melgar Tolima.

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR		Nombres		Apellidos	
Número de identificación		New Johanna		García Aranda	
1106 892 168.		Sexo		Peso (Kg)	Estatura (cm)
Lateralidad		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/>		59	1.51.
Diestro <input checked="" type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Ambidiestro <input type="checkbox"/>		Edad		Área o Dependencia	
		35.		Almacén.	
Cargo actual				Antigüedad en el cargo	
Almacénista				5 años.	


HÁBITOS		¿Fuma?	¿Cuántos cigarrillos día?	¿Hace cuánto tiempo fuma?
¿Realiza actividad física?		NO	0	—
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál?	Frecuencia	Duración
¿Realiza pausas saludables?		Tipo		Duración
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		CAMINAR.		


ANTECEDENTES		De acuerdo con los antecedentes relacionados con el sistema Musculo esquelético, diligencie los siguientes datos:		
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad?		¿Cuál?	Origen (Laboral/común)	¿Se encuentra en seguimiento?
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún accidente de trabajo?		Diagnóstico	Fecha	incapacidad/duración
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
¿Ha tenido incapacidades relacionadas?		Diagnostico	Fecha	Duración
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS


EVALUACIÓN DE CONDICIÓN DE SALUD MÚSCULO ESQUELÉTICA ACTUAL De acuerdo a las partes del cuerpo que identifica en cada gráfico, seleccione los lugares donde Usted presenta molestias:








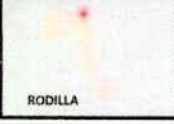
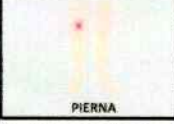


 NUCA-CUELLO	1. Molestias en el cuello		Ubicación		
	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Lado derecho <input checked="" type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input checked="" type="checkbox"/>	Ambos lados <input checked="" type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					

 HOMBRO	2. Molestias en el hombro		Ubicación		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Hombro derecho <input type="checkbox"/>	Hombro Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					



 BRAZO	2. Molestias en el brazo		Ubicación		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		brazo derecho <input type="checkbox"/>	brazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					

 CODD	3. Molestias en el codo		Ubicación		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		codo derecho <input type="checkbox"/>	codo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					

 ANTEBRAZO	4. Molestias en el antebrazo		Ubicación		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		antebrazo derecho <input type="checkbox"/>	antebrazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					

 MUÑECA	5. Molestias en la muñeca		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	muñeca derecha <input type="checkbox"/>	muñeca Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MANO	6. Molestias en la mano		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 DEDOS	7. Molestias en los dedos		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA ALTA	8. Molestias en la espalda alta		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA BAJA	9. Molestias en la espalda baja		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 CADERA	10. Molestias en la cadera		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Cadera derecha <input type="checkbox"/>	Cadera Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MUSLO	11. Molestias en el muslo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Muslo derecho <input type="checkbox"/>	Muslo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 RODILLA	12. Molestias en la Rodilla		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Rodilla derecha <input type="checkbox"/>	Rodilla Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIERNA	13. Molestias en la pierna		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pierna derecha <input type="checkbox"/>	pierna Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIE	14. Molestias en el pie		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pie derecho <input type="checkbox"/>	pie Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL SERVIDOR	Nombre Completo:			Firma: 	
DATOS DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN:	Nombre Completo:			Firma:	

Nota: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la Política de Tratamiento de los Datos Personales del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, a través del siguiente link: <http://portal.minvivienda.local/ProcesosCorporativos/GPT-L-01%20Lineamiento%20tratamiento%20datos%20personales%201.0.pdf>

	FORMATO: ENCUESTA DE SÍNTOMAS MUSCULOS ESQUELÉTICOS RIESGO BIOMECÁNICO	
---	---	---

Declaro que he sido informado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta encuesta, que me han aclarado todas las dudas y sé que mi participación es voluntaria, por lo anterior, doy mi consentimiento para que la información de la misma sea utilizada para los análisis requeridos dentro del proyecto Programa De Prevención De Riesgos Biomecánicos En La secretaria de Talento Humano y secretaria de Almacén de la Alcaldía de Melgar Tolima.


INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR		Nombres		Apellidos	
		Ricardo Solano		Cardozo	
Número de identificación	Sexo	Peso (Kg)	Estatura (cm)		
1106898224	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	94	1.68		
Lateralidad	Edad	Área o Dependencia			
Diestro <input type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Ambidiestro <input type="checkbox"/>		Almacén			
Cargo actual				Antigüedad en el cargo	


HÁBITOS		¿Fuma?	¿Cuántos cigarrillos día?	¿Hace cuánto tiempo fuma?
¿Realiza actividad física?		¿Cuál?	Frecuencia	Duración
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
¿Realiza pausas saludables?		Tipo	Frecuencia	Duración
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		activa	10 semana	10 min


ANTECEDENTES		De acuerdo con los antecedentes relacionados con el sistema Musculo esquelético, diligencie los siguientes datos:		
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad?	¿Cuál?	Origen (Laboral/común)	¿Se encuentra en seguimiento?	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido algún accidente de trabajo?	Diagnóstico	Fecha	Incapacidad/duración	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
¿Ha tenido incapacidades relacionadas?	Diagnostico	Fecha	Duración	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				


CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS

EVALUACIÓN DE CONDICIÓN DE SALUD MÚSCULO ESQUELÉTICA ACTUAL De acuerdo a las partes del cuerpo que identifica en cada gráfico, seleccione los lugares donde Usted presenta molestias:







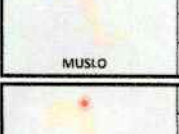
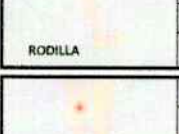
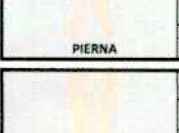

 <p>NUCA-CUELLO</p>	1. Molestias en el cuello		Ubicación			
	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos lados <input type="checkbox"/>	
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución			
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		

 <p>HOMBRO</p>	2. Molestias en el hombro		Ubicación			
	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Hombro derecho <input type="checkbox"/>	Hombro Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>	
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución			
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		



 <p>BRAZO</p>	2. Molestias en el brazo		Ubicación			
	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		brazo derecho <input type="checkbox"/>	brazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>	
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución			
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		

 <p>CODO</p>	3. Molestias en el codo		Ubicación			
	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		codo derecho <input type="checkbox"/>	codo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>	
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución			
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		

 <p>ANTEBRAZO</p>	4. Molestias en el antebrazo		Ubicación			
	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		antebrazo derecho <input type="checkbox"/>	antebrazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>	
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución			
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		

 MUÑECA	5. Molestias en la muñeca		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	muñeca derecha <input type="checkbox"/>	muñeca Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MANO	6. Molestias en la mano		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 DEDOS	7. Molestias en los dedos		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA ALTA	8. Molestias en la espalda alta		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA BAJA	9. Molestias en la espalda baja		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 CADERA	10. Molestias en la cadera		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Cadera derecha <input type="checkbox"/>	Cadera Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MUSLO	11. Molestias en el muslo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Muslo derecho <input type="checkbox"/>	Muslo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 RODILLA	12. Molestias en la Rodilla		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Rodilla derecha <input type="checkbox"/>	Rodilla Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIERNA	13. Molestias en la pierna		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pierna derecha <input type="checkbox"/>	pierna Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIE	14. Molestias en el pie		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pie derecho <input type="checkbox"/>	pie Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL SERVIDOR	Nombre Completo: Ricardo Flores			Firma: 	
DATOS DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN:	Nombre Completo:			Firma:	

Nota: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la Política de Tratamiento de los Datos Personales del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, a través del siguiente link: <http://portal.minvivienda.local/ProcesosCorporativos/GPT-L-01%20Lineamiento%20tratamiento%20datos%20personales%201.0.pdf>

	FORMATO: ENCUESTA DE SÍNTOMAS MUSCULOS ESQUELÉTICOS RIESGO BIOMECÁNICO	
---	---	---

Declaro que he sido informado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta encuesta, que me han aclarado todas las dudas y sé que mi participación es voluntaria, por lo anterior, doy mi consentimiento para que la información de la misma sea utilizada para los análisis requeridos dentro del proyecto Programa De Prevención De Riesgos Biomecánicos En La secretaria de Talento Humano y secretaria de Almacén de la Alcaldía de Melgar Tolima.

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR		Nombres		Apellidos	
Número de identificación		Sexo		Peso (Kg)	Estatura (cm)
Lateralidad		Edad		Área o Dependencia	
Cargo actual		Antigüedad en el cargo			

Nombres: Daniela Apellidos: Espejo Guerra
 Sexo: Hombre Mujer Peso (Kg): 68 Estatura (cm): 165
 Lateralidad: Diestro Zurdo Ambidiestro Edad: 29 años Área o Dependencia: Sec Administrativa
 Cargo actual: Profesional Universitaria Antigüedad en el cargo: 1 año

HÁBITOS		¿Fuma?	¿Cuántos cigarrillos día?	¿Hace cuánto tiempo fuma?
¿Realiza actividad física?		¿Cuál?		Frecuencia
¿Realiza pausas saludables?		Tipo		Frecuencia


¿Realiza actividad física? Si No
 ¿Realiza pausas saludables? Si No
 Tipo de actividad: Comunitaria Duración: 10 minutos

ANTECEDENTES		De acuerdo con los antecedentes relacionados con el sistema Musculo esquelético, diligencie los siguientes datos:		
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad?		¿Cuál?	Origen (Laboral/común)	¿Se encuentra en seguimiento?
¿Ha tenido algún accidente de trabajo?		Diagnóstico	Fecha	incapacidad/duración
¿Ha tenido incapacidades relacionadas?		Diagnostico	Fecha	Duración


¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad? Si No
 ¿Ha tenido algún accidente de trabajo? Si No
 ¿Ha tenido incapacidades relacionadas? Si No

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS


EVALUACIÓN DE CONDICIÓN DE SALUD MÚSCULO ESQUELÉTICA ACTUAL De acuerdo a las partes del cuerpo que identifica en cada gráfico, seleccione los lugares donde Usted presenta molestias:

 <p>NUCA-CUELLO</p>	1. Molestias en el cuello		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos lados <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		


Dolor Hormigueo Adormecimiento Otro: _____

 <p>HOMBRO</p>	2. Molestias en el hombro		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Hombro derecho <input type="checkbox"/>	Hombro Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		


Dolor Hormigueo Adormecimiento Otro: _____

 <p>BRAZO</p>	2. Molestias en el brazo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	brazo derecho <input type="checkbox"/>	brazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		

Dolor Hormigueo Adormecimiento Otro: _____

 <p>CODO</p>	3. Molestias en el codo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	codo derecho <input type="checkbox"/>	codo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		

Dolor Hormigueo Adormecimiento Otro: _____

 <p>ANTEBRAZO</p>	4. Molestias en el antebrazo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	antebrazo derecho <input type="checkbox"/>	antebrazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia		Tiempo de evolución		

Dolor Hormigueo Adormecimiento Otro: _____

 MUÑECA	5. Molestias en la muñeca		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	muñeca derecha <input type="checkbox"/>	muñeca Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MANO	6. Molestias en la mano		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 DEDOS	7. Molestias en los dedos		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Mano derecha <input type="checkbox"/>	Mano Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA ALTA	8. Molestias en la espalda alta		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 ESPALDA BAJA	9. Molestias en la espalda baja		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lado derecho <input type="checkbox"/>	Lado Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 CADERA	10. Molestias en la cadera		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Cadera derecha <input type="checkbox"/>	Cadera Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 MUSLO	11. Molestias en el muslo		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Muslo derecho <input type="checkbox"/>	Muslo Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 RODILLA	12. Molestias en la Rodilla		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Rodilla derecha <input type="checkbox"/>	Rodilla Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIERNA	13. Molestias en la pierna		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pierna derecha <input type="checkbox"/>	pierna Izquierda <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
 PIE	14. Molestias en el pie		Ubicación		
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	pie derecho <input type="checkbox"/>	pie Izquierdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Tipo de molestia			Tiempo de evolución	
	Dolor <input type="checkbox"/>	Hormigueo <input type="checkbox"/>	Adormecimiento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL SERVIDOR	Nombre Completo:		Firma:		
	<i>Sandra Espinoza Curo</i>		<i>Sandra Espinoza Curo</i>		
DATOS DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN:	Nombre Completo:		Firma:		

Nota: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la Política de Tratamiento de los Datos Personales del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, a través del siguiente link: <http://portal.minvivienda.local/ProcesosCorporativos/GPT-L-01%20Lineamiento%20tratamiento%20datos%20personales%201.0.pdf>