



ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD

Estimado empleado de MAVI PAVIMENTACIONES

Gracias por participar en esta encuesta sobre las condiciones de salud y los estilos de vida saludables en nuestra empresa. Los datos recopilados en esta encuesta serán utilizados únicamente con el propósito de comprender mejor las necesidades de salud de nuestros empleados y diseñar un programa de promoción y prevención de la salud más efectivo. Queremos asegurarte que tus respuestas serán tratadas de manera confidencial y anónima, en cumplimiento de la Ley 1581 del 2012, que regula el manejo de datos personales en Colombia.

* Indica que la pregunta es obligatoria

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido *

Tu respuesta _____

Genero *

- Femenino
 Masculino

¿Cuál es su rango Edad? *

- 19 a 25 años
 26 a 33 años
 34 a 41 años
 42 años en adelante

CONDICIONES DE SALUD

¿Tiene diagnosticada alguna(s) de las siguientes enfermedades o condiciones? *

- Asma
 Enfermedad Pulmonar
 Enfermedades Cardiovasculares
 Diabetes
 Enfermedades Renal
 Hipertensión Arteria
 Obesidad
 Ninguna
 Otra

Ha presentado alguno de los siguientes síntomas durante los últimos 15 días: *

- Tos
 Dificultad Respiratoria
 Dolor de Garganta
 Vomito
 Malestar General
 Cansancio Muscular
 Diarrea
 Dolor de cabeza
 Ninguno
 Otro

En general usted diría que su salud es: *

- Excelente
 Buena
 Regular
 Mala

¿Cuándo fue su última visita al médico? *

- 1 a 4 semanas
 1 a 3 meses
 3 a 5 meses

¿Cuál es peso? *

Tu respuesta _____

¿Es fumador activo? *

- Si
 No

Consumes bebidas Alcohólicas? *

- Si
 No

¿Con que frecuencia las consume?

- Todos los días
 Cada 8 días
 Cada mes
 Ocasional

¿Cuáles de las siguientes modalidades de transporte usa para ir a su lugar de trabajo? *

- Bicicleta
- Moto
- Carro

¿Qué tipos de alimentos come con frecuencia? *

- Frutas y Verduras
- Carne, pescado, huevo, frijoles y otras fuentes no lácteas de proteína
- Leche y otros productos lácteos
- Alimentos con almidón (Arroz, papa entre otros)

¿Usted trae su almuerzo desde su hogar? *

- SI
- NO

¿Come durante la jornada laboral aparte del almuerzo? *

- Frituras como papas de paquete y similares
- Refrescos y bebidas con mucho azúcar
- Dulces o chocolates
- Otros

¿Con que frecuencia hace actividad física? *

- 2 veces o mas a la semana
- 1 vez a la semana
- No realizo ninguna actividad física

DATOS LABORALES

¿Qué cargo ocupa en la empresa? *

Tu respuesta _____

¿Cuál es su horario de jornada laboral? *

Tu respuesta _____

¿Ejecuta movimientos repetitivos constantemente? *

- SI
- NO
- A VECES

¿Ha presentado algún accidente laboral? *

Tu respuesta _____

¿Bajo cuales de las siguientes condiciones cree que esta laborando? *

- Excasa Iluminacion
- Excesiva Iluminación
- Fatiga Visual
- Calor / frio / Cambios de temperatura
- Fatiga Mental
- Ruido excesivo
- Humedad
- Posturas Incomodas
- Fatiga Física
- Ritmo de trabajo excesiva
- Ninguna
- Otros

¿Conoce bien los riesgos a los que se expone en su puesto de trabajo? *

- SI
- NO

¿Tiene alguna restricción medica? *

- Subir escaleras
- Saltar
- Correr
- Agacharse
- Ninguna