

Encuesta sociodemográfica a trabajadores de la empresa Ico Clean

URL https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScsV61xBG-kYYxNzMTXJHm9cKb9u3x2LGpel38RbA_F_rKppg/formResponse

Encuesta Perfil Sociodemografico

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

Datos Generales

Fecha

Fecha

dd/mm/aaaa:

Cédula

Tu respuesta

Nombre Completo

Tu respuesta

Edad

Tu respuesta

Cargo

Administrativo

Operario

Área de trabajo

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

Turno de trabajo

- 6 horas
- 8 Horas
- mas de 8 horas

Periodos de descanso

- Almuerzo
- Descanso a media jornada
- Pausas activas

Antigüedad en el cargo

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

Cual es su mano dominante

- Derecha
- Izquierda

En esta empresa a presentado algún accidente de trabajo

- Si
- No

Encuesta de morbilidad sentida a trabajadores de la empresa Ico Clean

Morbilidad

Aquí identificara las molestias osteomusculares que pueda estar presentando

Antecedentes Médicos

su medico le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades

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

Síntomas a nivel Osteomuscular

Mano

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

- Si
- No

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

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

Localización del dolor (Indique precisamente donde presenta la molestia)

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

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

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

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

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

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

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

Encuesta Condiciones de trabajo a trabajadores de la empresa Ico Clean

Condiciones de trabajo

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

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

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

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

¿Su labor le exige levantar y transportar cargas?

- Sí
- No

¿Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?

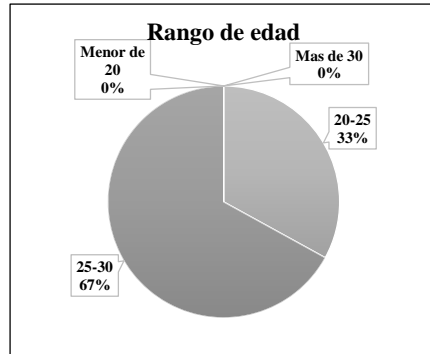
- Sí
- No

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

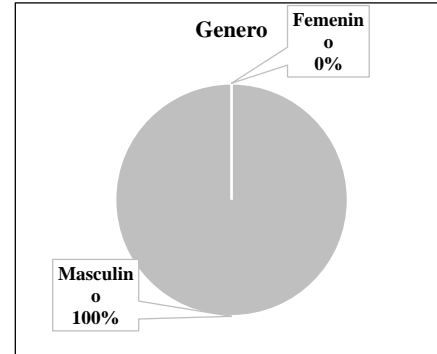
- Sí
- No

Encuesta Sociodemográfica

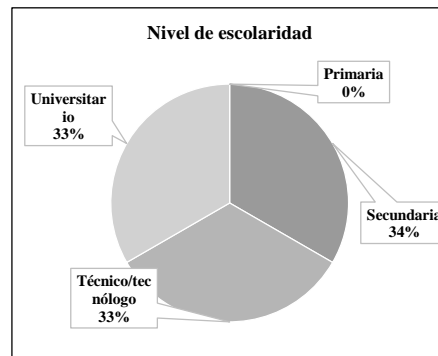
RANGO DE EDAD	
EDAD	NUMERO DE TRABAJADORES
Menor de 20	0
20-25	33%
25-30	67%
Mas de 30	0



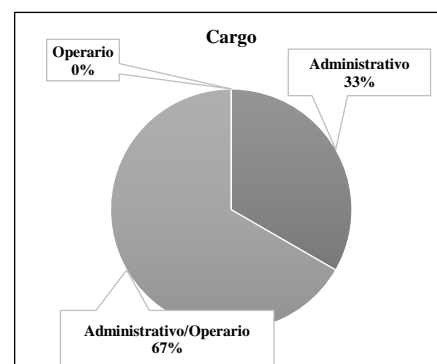
GENERO	
GENERO	NUMERO DE TRABAJADORES
Femenino	0
Masculino	3



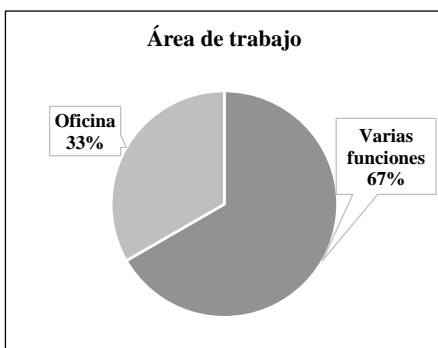
NIVEL DE ESCOLARIDAD	
NIVEL DE ESCOLARIDAD	NUMERO DE TRABAJADORES
Primaria	0
Secundaria	1
Técnico/tecnólogo	1
Universitario	1



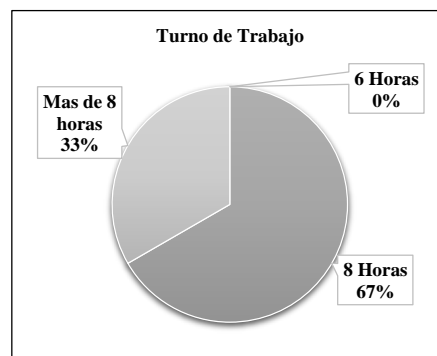
CARGO	
CARGO	NUMERO DE TRABAJADORES
Administrativo	1
Administrativo/Operario	2
Operario	0



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

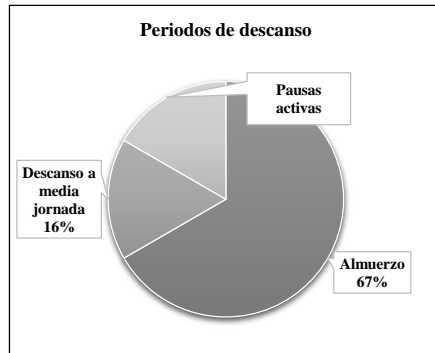


TURNO DE TRABAJO	
TURNO DE TRABAJO	NUMERO DE TRABAJADORES
6 Horas	0
8 Horas	2
Mas de 8 horas	1

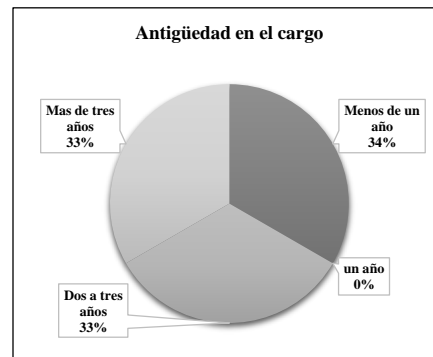


Encuesta Sociodemográfica

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



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



CUAL ES SU MANO DOMINANTE	
DERECHA	3
IZQUIERDA	0



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

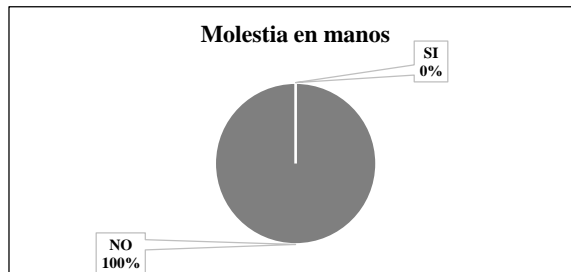


Encuesta de morbilidad sentida

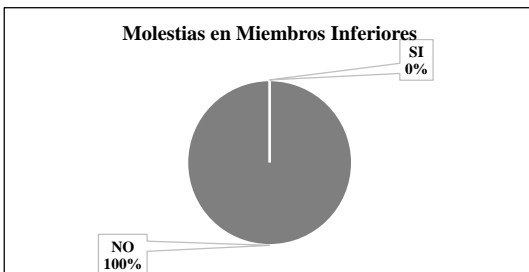
MOLESTIAS EN BRAZO (SI EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES A PRESENTADO DE MANERA CONTINUA SÍNTOMAS COMO DOLOR, INFLAMACIÓN O LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO SEÑALE EL SEGMENTO DEL CUERPO QUE CORRESPONDA /CADERA, RODILLA O PIE)	
SI	NO
0	3



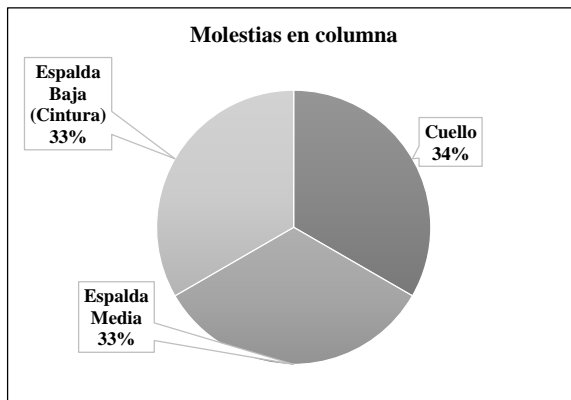
EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES HA PRESENTADO ALGUNA MOLESTIA EN LAS MANOS?	
SI	NO
0	3



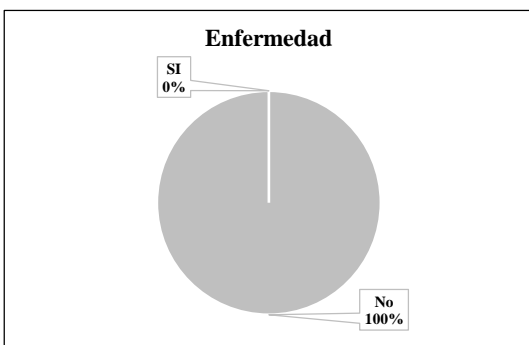
MIEMBROS INFERIORES (SI EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES A PRESENTADO DE MANERA CONTINUA SÍNTOMAS COMO DOLOR, INFLAMACIÓN O LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO SEÑALE EL SEGMENTO DEL CUERPO QUE CORRESPONDA /CADERA, RODILLA O PIE)	
SI	NO
0	3



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



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

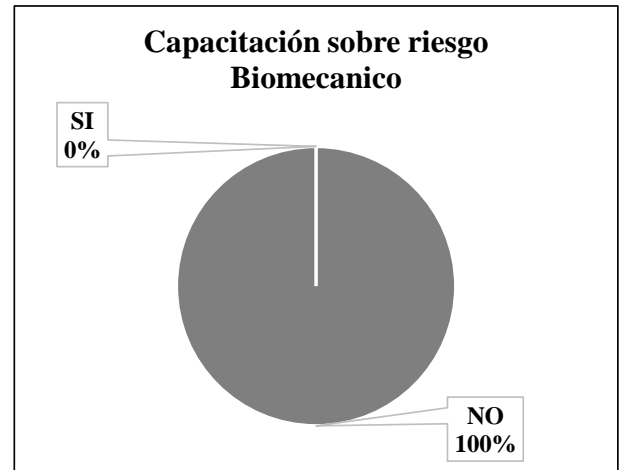


Encuesta Condiciones de trabajo

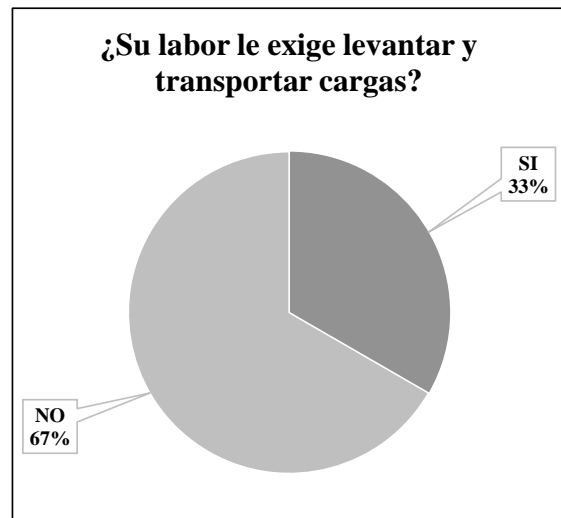
CONOCE BIEN LOS BIOMECHANICOS A LO QUE ESTÁ EXPUESTO EN SU PUESTO DE TRABAJO ?	
SI	NO
0	3



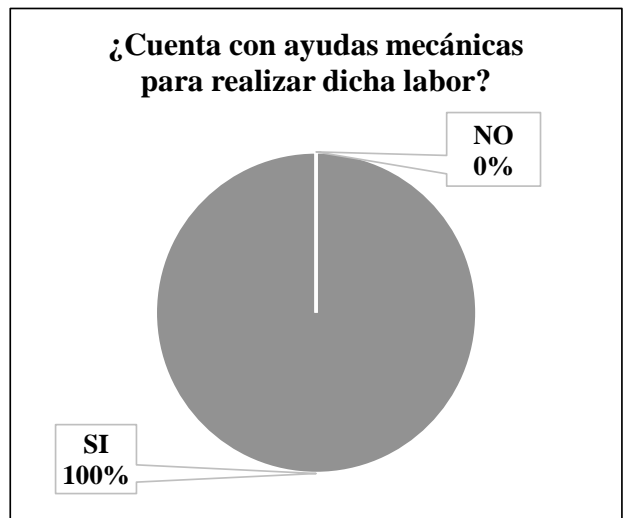
HA RECIBIDO CAPACITACIÓN SOBRE LOS RIESGOS BIOMECHANICOS A LOS QUE ESTÁ EXPUESTO?	
SI	NO
0	3



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

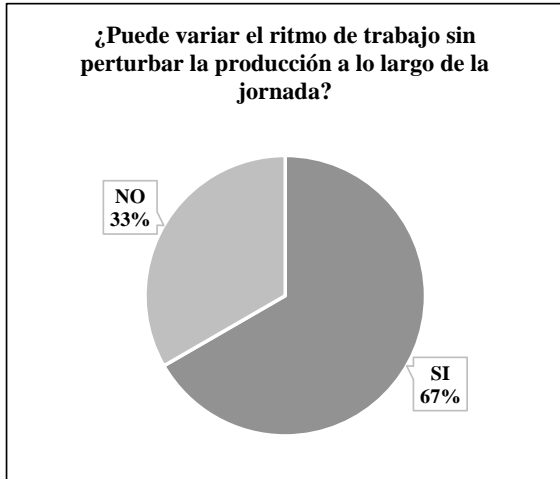


¿CUENTA CON AYUDAS MECÁNICAS PARA REALIZAR DICHA LABOR?	
SI	NO
2	0

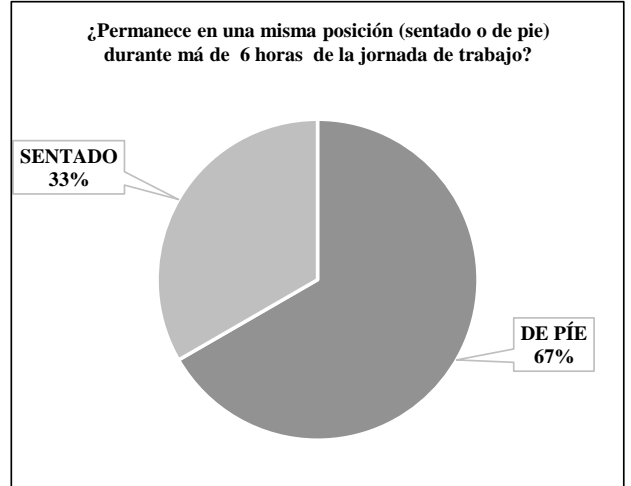


Encuesta Condiciones de trabajo

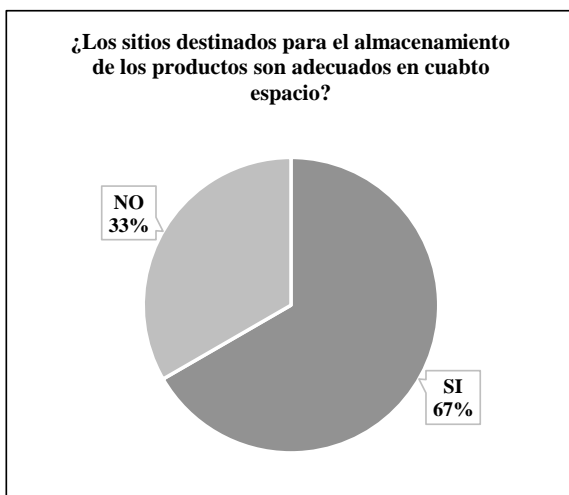
¿PUEDE VARIAR EL RITMO DE TRABAJO SIN PERTURBAR LA PRODUCCIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA?	
SI	NO
2	1



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



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



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

