Para la Piedecuestana de Servicios Públicos ESPes de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.



**FECHA Encuesta N°**

**INFORMACIÓN PERSONAL**

**NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GÉNERO** F M

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_ PESO \_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_**

**ÁREA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA**

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cuello | SI |  | NO |  | Hombros | SI |  | NO |  |
| Codos | SI |  | NO |  | Espalda baja | SI |  | NO |  |
| Espalda alta | SI |  | NO |  | Muñecas | SI |  | NO |  |
| Dedos | SI |  | NO |  | Rodillas | SI |  | NO |  |
| Tobillos | SI |  | NO |  | Pies | SI |  | NO |  |

1. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adormecimiento, hormigueo en manos | SI |  | NO |  |
| Disminución de fuerza en muñecas o brazos | SI |  | NO |  |

1. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:
2. Enfermedades de huesos o articulaciones como:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Artritis | SI |  | NO |  |
| Lupus | SI |  | NO |  |
| Reumatismo | SI |  | NO |  |
| Osteoporosis | SI |  | NO |  |
| Osteoartritis | SI |  | NO |  |

1. Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Desgarros | SI |  | NO |  | Tendinitis | SI |  | NO |  |
| Bursitis | SI |  | NO |  | Esguinces | SI |  | NO |  |

¿Dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Enfermedades de la columna vertebral como:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Escoliosis | SI |  | NO |  | Hernia discal | SI |  | NO |  |

1. Enfermedades del cerebro como:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Derrames | SI |  | NO |  |
| Epilepsia | SI |  | NO |  |
| Trombosis | SI |  | NO |  |

1. Otras

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Enfermedades del corazón | SI |  | NO |  | Diabetes | SI |  | NO |  |
| Hipertensión arterial | SI |  | NO |  | Colesterol alto | SI |  | NO |  |

1. Ha sufrido fracturas en:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Brazos | SI |  | NO |  | Antebrazo | SI |  | NO |  |
| Manos | SI |  | NO |  | Columna | SI |  | NO |  |
| Piernas | SI |  | NO |  | Pies | SI |  | NO |  |

1. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_**

¿Cuál? **\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tiene problemas visuales: **SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**
2. Emocionalmente usted siente:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Necesidad de estar solo | SI |  | NO |  | Inconformidad | SI |  | NO |  |
| Desinterés por las cosas | SI |  | NO |  | Dificultad de Comunicación con sus compañeros de trabajo | SI |  | NO |  |
| Cansancio | SI |  | NO |  | Distracción | SI |  | NO |  |
| Aburrimiento | SI |  | NO |  | Dificultad para dormir | SI |  | NO |  |
| Irritabilidad | SI |  | NO |  | Mucho sueño durante el trabajo | SI |  | NO |  |
| Actitud negativa | SI |  | NO |  | Angustia de no poder resolver problemas | SI |  | NO |  |

1. Hábitos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Es fumador | SI |  | NO |  |
| Ingiere bebidas alcohólicas | SI |  | NO |  |
| Realiza alguna actividad física | SI |  | NO |  |
| Otro, Cuál? | SI |  | NO |  |