

Ciudad \_\_\_\_\_ Fecha Realización (día-mes-año) \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_ Nit.: \_\_\_\_\_  
 Area \_\_\_\_\_ Cargo o Puesto de Trabajo \_\_\_\_\_  
 Nombre del trabajador \_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_  
 Edad (años) \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Turno Diurno \_\_\_\_\_ Nocturno \_\_\_\_\_ Rotativo \_\_\_\_\_  
 Antigüedad en la Empresa \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_  
 Antigüedad en el Cargo \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_  
 Predominancia: Derecho(a) \_\_\_\_\_ Zurdo(a) \_\_\_\_\_ Tipo de Cargo: Operativo \_\_\_\_\_ VDT \_\_\_\_\_  
 Talla \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Índice Masa Corporal \_\_\_\_\_ Interpretación: \_\_\_\_\_

**HABITOS**

Fuma Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuantos cigarrillos al día \_\_\_\_\_ Hace cuanto fuma \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses  
 Realiza usted algún tipo de actividad física? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_  
 Con que frecuencia: Diario \_\_\_\_\_ Dos veces semana \_\_\_\_\_ Fines de semana \_\_\_\_\_  
 Por cuanto tiempo realiza esta actividad? 15 min \_\_\_\_\_ 30 min \_\_\_\_\_ 1 hora \_\_\_\_\_ más de 1 hora \_\_\_\_\_

**ESTADO ACTUAL DE SALUD OSTEOMUSCULAR**

¿Presenta dolor, molestias o disconfort a nivel osteomuscular en alguna parte del cuerpo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Presenta alguna enfermedad osteomuscular actualmente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Cual? \_\_\_\_\_

Marque con una X en la casilla correspondiente todos los numerales del 0 al 24, indicando si ha presentado MOLESTIA o DOLOR en los últimos doce (12) meses en alguno o algunos de los segmentos de su cuerpo de la siguiente manera:

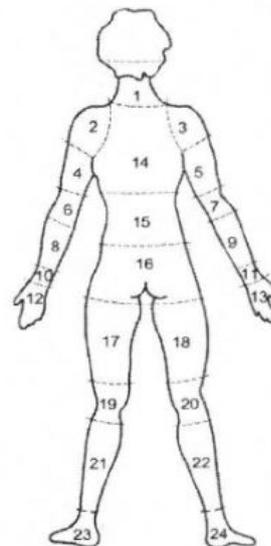
- FRECUENCIA:**
- **NUNCA:** cuando no se presente
  - **RARA VEZ:** si se presenta una vez por mes
  - **FRECUENTE:** si se presenta por lo menos una vez cada dos (2) semanas
  - **CONTINUO:** si se presenta a diario o más de tres (3) veces por semana

Si marcó en la frecuencia RARA VEZ, FRECUENTE O CONTINUO, califique la **SEVERIDAD** de la molestia o el dolor según sea el caso en:

- **LEVE**
- **MODERADA**
- **SEVERA**

Nota: Si tiene dificultad el segmento corporal remítase a la figura

Numeral	SEGMENTO CORPORAL	FRECUENCIA				SEVERIDAD		
		Nunca	Rara vez	Frecuente	Continuo	Leve	Moderado	Severo
0	Ojos							
1	Cuello							
2	Hombro Izquierdo							
3	Hombro Derecho							
4	Brazo Izquierdo							
5	Brazo Derecho							
6	Codo Izquierdo							
7	Codo Derecho							
8	Antebrazo Izquierdo							
9	Antebrazo Derecho							
10	Muñeca Izquierdo							
11	Muñeca Derecha							
12	Mano Izquierdo							
13	Mano Derecha							
14	Zona Dorsal							
15	Zona Lumbar							
16	Nalgas y/o Cadera							
17	Muslo Derecho							
18	Muslo Izquierdo							
19	Rodilla Izquierdo							
20	Rodilla Derecha							
21	Pierna Izquierdo							
22	Pierna Derecha							
23	Pie y/o Tobillo Izquierdo							
24	Pie y/o Tobillo Derecho							



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 de este programa de Ergonomía y Vida Cotidiana

Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_ Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_ E-mail corporativo: \_\_\_\_\_