

FISIOSALUD LABORAL

ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD Y DE TRABAJO

Esta información será manejada confidencialmente en beneficio de su salud.
No deje espacios en blanco.

I. DATOS GENERALES

FECHA		
NOMBRE		CEDULA
NOMBRE DE LA EMPRESA		
CIUDAD:		
SEXO:	HOMBRE	MUJER
EDAD (años)	ESTATURA (metros)	PESO (kilos)
IMC:		
OFICIO ACTUAL		
ACTIVIDAD QUE REALIZA:		
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL	AÑOS	MESES
DEPENDENCIA		

Marque con equis (x) la respuesta seleccionada. No deje espacios en blanco

I. ¿EL MÉDICO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O CONDICIONES?	SÍ	NO
1. Enfermedades del corazón?		
2. Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		
3. Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		
4. Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		
5. Enfermedades de los huesos o articulaciones como artritis, gota, lupus, reumatismo, osteoporosis?		
6. Enfermedades de la columna vertebral como hernia de disco, compresión de raíces nerviosas, ciática, escoliosis o fractura?		
7. Enfermedades digestivas?		
8. Enfermedades de la piel?		
9. Alergias en piel o vías respiratorias?		
10. Trastornos de audición?		
11. Alteraciones visuales?		

II. ¿EL MÉDICO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O CONDICIONES?	SÍ	NO
1. Hipertensión arterial o tensión alta?		
2. Colesterol o Triglicéridos elevados?		

FISIOSALUD LABORAL

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGUN MOMENTO <u>EN LOS ULTIMOS 6 MESES?</u>	SÍ	NO
3. Dolor en el pecho o palpitaciones		
4. Ahogo o asfixia al caminar		
5. Tos persistente por mas de 1 mes		
6. Pérdida de la conciencia, desmayos o alteración del equilibrio		
¿TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HABITOS O COSTUMBRES?	SI	NO
7. Fuma? (No importa la cantidad ni la frecuencia)		
8. Toma bebidas alcohólicas semanal o quincenalmente (no importa la cantidad)		

9. Practica deportes de choque o de mano tipo baloncesto, voleibol, fútbol, tenis, squash, ping – pong, beisbol, otros mínimo 2 veces al mes?		
10. Realiza actividad física o deporte menos de 3 veces por semana?		
¿EL MEDICO LE HA DIAGNOSTICADO <u>EN LOS ULTIMOS 6 MESES</u> ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES EN MIEMBROS SUPERIORES (BRAZOS) O INFERIORES (PIERNAS)?	SI	NO
11. Enfermedades de los músculos, tendones y ligamentos como desgarros, tendinitis, bursitis, esguinces, torceduras?		
12. Enfermedades de los nervios (síndrome del túnel del carpo u otros)		
13. Fracturas		
¿EL MEDICO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?	SI	NO
14. Amputaciones en los brazos o piernas?		
15. Acortamiento de una pierna?		
16. Hernias (inguinal, abdominal)?		
17. Várices en las piernas		
¿HA SENTIDO EN LOS <u>ULTIMOS 6 MESES</u> EN MANOS, BRAZOS, PIES O PIERNAS?	SI	NO
18. Adormecimiento u hormigueo?		
19. Disminución de la fuerza?		
20. Dolor o inflamación?		
DURANTE SU TRABAJO SIENTE	SI	NO

