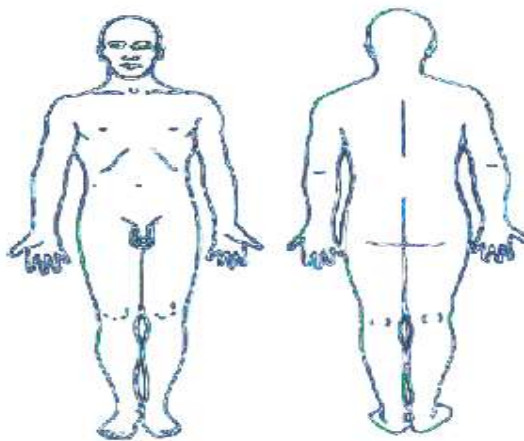


ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD

Las siguientes preguntas son personales y se dirigen a usted con el objetivo de registrar su condición de salud. Esta información se conservará bajo estricta reserva médica y es necesario contar con la veracidad de sus respuestas.

Nombre	Cedula	Fecha
Edad:	Teléfono:	Fecha de nacimiento:
Peso:	Estatura:	Sexo:
Cargo:	Área:	Fecha de ingreso:
Antigüedad en la empresa	Antigüedad en el cargo:	Turnos:
HÁBITOS		
Practica algún deporte:		
Cual deporte y cuantos días lo practica		
Hace cuanto no hace deporte:		
Ha fumado alguna vez:		
Fuma actualmente		
Hace cuánto tiempo fuma:		
Consume licor:		
Cada cuanto consume licor:		
HISTORIA DE ACTIVIDAD LABORAL		
Hace cuantos años trabaja?		
En las empresas que trabajo manipulaba cargas?		
En las empresas que trabajaba realizaba movimientos repetitivos?		
Ha estado expuesto a sustancias químicas como polvos, gases, vapores, etc?		
Los anteriores trabajos le dejaron alguna lesión o enfermedad? ¿Cuál?		
INFORMACIÓN DE SALUD		
Que enfermedades padece?		
Que cirugías le han realizado?		
Cuales cirugías están pendiente?		
Tratamiento o medicamentos que recibe		
SÍNTOMAS OSTEOMUSCULARES		
Marque con una X sobre el dibujo la parte del cuerpo que manifiesta algún síntoma de dolor o molestia osteomuscular.		

FISIOSALUD LABORAL



SÍNTOMAS OSTEOMUSCULARES

Describa los síntomas que presenta	
Hace cuanto tiempo presenta el síntoma?	
El síntoma es ocasional o permanente?	
Cuál cree que es la causa del síntoma	
Ha consultado a la EPS por el síntoma	
Ha recibido tratamiento por el síntoma? ¿Cuál?	
Que considera que empeora sus síntomas?	
Qué mejora sus síntomas	

OTROS SÍNTOMAS

Marque con una X en la respuesta que considere

PREGUNTA	SI	NO
Tiene problemas visuales?		
Tiene dificultad para oír?		
Tiene otros problemas de oídos?		
Ha tenido enfermedades cerebrales? (tipo derrame)		
Ha tenido ataques o convulsiones?		
Sufre de desmayos o mareos?		
Le han diagnosticado presión sanguínea alta? (hipertensión)		
Ha tenido ataques al corazón?		
Sufre de síntomas que crea estén relacionados con problemas circulatorios o cardíacos?		
Sufre de sangrado o problemas de coagulación?		
Ha tenido problemas respiratorios?		
Ha sufrido de asma? Actualmente o en la infancia?		
Ha tenido episodios de alergia respiratoria que interfiere con el trabajo?		
Ha tenido tratamiento o presenta dolor de estómago tipo gastritis?		
Le han diagnosticado diabetes?		
Le han diagnosticado afecciones en sus riñones?		
Sufre de edema, hinchazón en ojos, piernas o pies?		
Presenta irritación en los ojos con frecuencia?		
Sufre de alergias en la piel o a algún medicamento o alimento?		
Presenta ansiedad o angustia frecuente?		
Le molesta trabajar en áreas cerradas?		
Tiene fobia a trabajar en alturas?		

FIRMA Y CEDULA DE QUIEN RESPONDE: _____