

La presente encuesta permitirá identificar las principales molestias osteomusculares que usted puede presentar y planear actividades tendientes a minimizar efectos secundarios en la salud. Le solicitamos por favor la diligencie con la mayor honestidad posible

Nombre de la Empresa

FET - CASA SOCIAL

Fecha

17-03-2021

Área de trabajo

1

¿Hace cuanto tiempo trabaja para esta compañía?

- ☐ Menos de dos años
☒ Entre 2 y 5 años
☐ Entre 6 y 10 años
☐ Entre 11 y 15 años
☐ Mas de 15 años

Género

- ☒ Masculino
☐ Femenino

Edad

- ☐ Menor de 25 años
☒ Entre 25 y 35 años
☐ Entre 36 y 45 años
☐ Entre 46 y 55 años
☐ Mayor de 55 años

En esta Empresa ha presentado algún accidente de trabajo?

- ☐ Si
☒ No

Cual fué la parte afectada?

- ☐ Cabeza
☐ Brazos
☐ Columna
☐ Piernas

Qué mano utiliza con frecuencia para realizar su trabajo?

- ☒ Derecha
☐ Izquierda

Cúal es su peso actual? (Klgs)

105

Cúal es su estatura? (cms)

193

Le han diagnosticado alguna enfermedad laboral?

- ☐ Si
☒ No

Cúal?

Realiza ejercicios de gimnasia laboral durante sus pausas actixas?

Existe un programa de gimnasia laboral establecido por la compañía?

- ☒ Si
☐ No

Practica alguna rutina de gimnasia laboral en sus descansos?

- ☒ Si
☐ No

En que jornada?

- ☐ AM
☒ PM

Cuántos descansos tiene durante su jornada laboral?

2

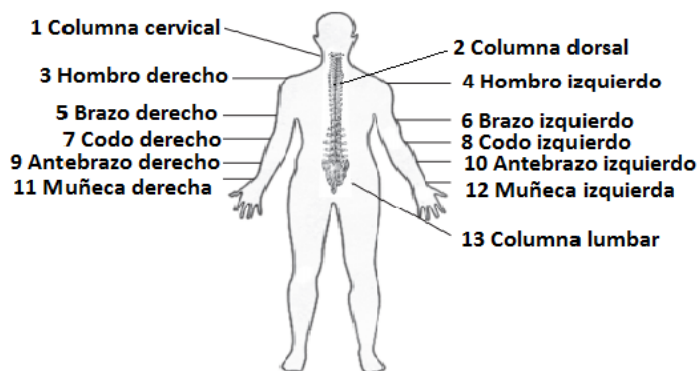
Alguna vez un Médico o un Profesional de la Salud la ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

	Si	No
Espasmos musculares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Enfermedad del túnel del carpo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Epicondilitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Escoliosis o deformidades de columna	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Lumbalgia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hernia discal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tendinitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Usted practica alguna de las siguientes actividades extralaborales por lo menos tres (3) veces a la semana?

	Si	No
Oficios domésticos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elaboración artesanías, interpretación de instrumentos musicales	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Actividades deportivas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digitación en computador o utilización de dispositivos móviles	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actividades que le generen un ingreso adicional	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seleccione el segmento corporal en el cual ha presentado molestias como dolor, sensación de adormecimiento, corrientazo o quemadura.



1. En cuál parte de cuerpo ha presentado algún tipo de molestia?

- ☐ 1.-Columna Cervical
☒ 2.-Columna Dorsal
☐ 3.-Hombro derecho
☐ 4.-Hombro izquierdo
☐ 5.-Brazo derecho
☐ 6.-Brazo izquierdo
☐ 7.-Codo derecho
☐ 8.-Codo Izquierdo
☐ 9.-Antebrazo derecho
☐ 10.-Antebrazo izquierdo
☐ 11.-Muñeca y mano derecha
☐ 12.-Muñeca y mano izquierda
☐ 13.-Columna lumbar

Si no ha presentado síntomas en ninguna de las partes indicadas en el gráfico anterior, vaya al final de la encuesta para diligenciar los datos personales, de lo contrario continúe con las siguientes preguntas.

2. Cuándo fué la primera vez que aparecieron los síntomas?

- ☒ Menos de 1 mes
☐ Entre 1 y 6 meses
☐ Entre 6 meses y 1 año
☐ Mas de 1 año

PREGUNTA

	Si	No
3. Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo o la forma de realizar su trabajo por estos síntomas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. Ha tenido molestias en los últimos doce (12) meses?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Si respondió NO a la pregunta anterior no conteste mas vaya al final de la encuesta para diligenciar los datos personales, de lo contrario continúe con las siguientes preguntas

5. Califique las molestias entre (1(Suave y 5 (Muy fuerte)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. Estas molestias le han impedido o dificultado realizar su trabajo?

☐ Si ☐ No

7. A qué atribuye estas molestias?

- ☐ Edad
☐ Actividad deportiva
☐ Enfermedad previa
☐ Trabajo
☐ Accidente previo
☐ Oficios domésticos

8. Ha estado incapacitado por estas molestias?

- ☐ Si
☐ No

9. El tiempo por el cual ha estado incapacitado por estas molestias ha sido:

- ☐ Entre 1 y 7 días
☐ Entre 8 y 30 días
☐ Mas de 30 días

Yo

LUIS CARLOS MUÑOZ DIAZ

Identificado con Cédula de Ciudadanía Número

1098731320

voluntariamente y en pleno uso de mis facultades, autorizo de manera libre, expresa y consciente a AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A para que conozca, investigue y tome las acciones pertinentes respecto de los resultados que se obtengan del auto diagnóstico de condiciones osteomusculares.

Es importante resaltar que la información obtenida está sometida a reserva. Fundamento Normativo.- Resolución 1995 de 1999 (Art. 1) y Ley 1581 de 2012. La anterior manifestación la realizo como titular de la información personal.

GRACIAS POR SU COLABORACION; ESTAMOS SEGUROS QUE RETORNARÁ EN BENEFICIOS PARA SU SALUD Y LA PRODUCTIVIDAD DE LA EMPRESA

Este documento tiene derechos exclusivos de uso de AXA COLPATRIA y esta prohibido reproducir parcial o totalmente o usar el diseño parcial o totalmente