**ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA**

**FECHA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CARGO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AREA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Marque con una X:**1. EDAD 2. ESTADO CIVIL** a. 18 – 27 años a. Soltero (a)b. 28 – 37 años b. Casado (a) /Unión librec. 38 \_ 47 años c. Separado (a) /Divorciadod. 48 años o más d. Viudo (a) **3. SEXO 4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO**a. Hombre a. Ningunab. Mujer b. 1 – 3 personas c. 4 – 6 personas d. Más de 6 personas**5. NIVEL DE ESCOLARIDAD 6. TENENCIA DE VIVIENDA**a. Primaria a. Propiab. Secundaria b. Arrendadac. Técnico / Tecnólogo c. Familiard. Universitario d. Compartida con otra(s) familia(s)e. Ninguna**7. USO DEL TIEMPO LIBRE 8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)**a. Otro trabajo a. Mínimo Legal (S.M.L.)b. Labores domésticas b. Entre 1 a 3 S.M.L.c. Recreación y deporte c. Entre 4 a 6 S.M.L.d. Estudio d. Más de 7 S.M.L.e. Ninguno **9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA 10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL**a. Menos de 1 año a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años e. Más de 15 años**11. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE 12. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD**  **SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA** a. Si a. Vacunación b. Nob. Salud Oral Cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c. Exámenes de laboratorio y otrosd. Exámenes médicos anualese. Ninguna**13.** **CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS 14. PRACTICA ALGUN DEPORTE** Frecuenciaa. Si \_\_\_ Semanal a. Sib. No \_\_\_ Quincenal b. No \_\_\_ Mensual Cual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Ocasional  Frecuencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**15. FUMA**a. Si Promedio diario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_b. No  |

**16. CUALES DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS HA SENTIDO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS SEIS (6) MESES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SINTOMA** | **SI** | **NO** | **EXPLIQUE** |
| Dolor de cabeza |  |  |  |
| Dolor de cuello, espalda y cintura |  |  |  |
| Dolores musculares |  |  |  |
| Dificultad para algún movimiento |  |  |  |
| Tos frecuente |  |  |  |
| Dificultad respiratoria |  |  |  |
| Gastritis, ulcera |  |  |  |
| Otras alteraciones del funcionamiento digestivo |  |  |  |
| Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia) |  |  |  |
| Dificultad para concentrarse |  |  |  |
| Mal genio |  |  |  |
| Nerviosismo |  |  |  |
| Cansancio mental |  |  |  |
| Palpitaciones |  |  |  |
| Dolor en el pecho (angina) |  |  |  |
| Cambios visuales |  |  |  |
| Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual |  |  |  |
| Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos |  |  |  |
| Dificultad para oír |  |  |  |
| Sensación permanente de cansancio |  |  |  |
| Alteraciones en la piel |  |  |  |
| Otras alteraciones no anotadas |  |  |  |

**17. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONADOS:**

 **NIVEL ADMINISTRATIVO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONDICION** | **SI** | **NO** | **POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES** |
| ¿Conoce los riesgos a los que está expuesto en su lugar de trabajo? |  |  |  |
| ¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto? |  |  |  |
| ¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada? |  |  |  |
| ¿La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias? |  |  |  |
| ¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente? |  |  |  |
| ¿Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud? |  |  |  |
| ¿Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricas sobrecargadas, trasformadores defectuosos? |  |  |  |
| ¿Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados? |  |  |  |
| ¿Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos? |  |  |  |
| ¿Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo? |  |  |  |
| ¿La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza? |  |  |  |
| ¿Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas? |  |  |  |
| ¿La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida? |  |  |  |
| ¿En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura? |  |  |  |
| ¿Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada? |  |  |  |
| ¿Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de “normal”? |  |  |  |
| ¿Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas? |  |  |  |
| ¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos? |  |  |  |
| ¿Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo? |  |  |  |
| ¿La empresa cuenta con agua potable? |  |  |  |
| ¿Existe buen manejo de basuras y desechos? |  |  |  |