**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 libre  c. 38 \_ 47 años c. Separado (a) /Divorciado  d. 48 años o más d. Viudo (a)  **3. SEXO 4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO**  a. Hombre a. Ninguna  b. 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. Propia  b. Secundaria b. Arrendada  c. Técnico / Tecnólogo c. Familiar  d. 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. No  b. Salud Oral Cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  c. Exámenes de laboratorio y otros  d. Exámenes médicos anuales  e. Ninguna  **13.** **CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS 14. PRACTICA ALGUN DEPORTE**  Frecuencia  a. Si \_\_\_ Semanal a. Si  b. 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? |  |  |  |