

FISIOSALUD LABORAL

FORMATO ENCUESTA DE SINTOMATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR

Agradecemos que esta encuesta sea contestada en su totalidad, de un modo claro y sincero. Sus resultados nos facilitarán estudiar las posibles alternativas para mejorar condiciones laborales.

1. FECHA (DD/MM/AA): _____

2. DATOS PERSONALES		
Nombre y Apellidos: _____	Edad: _____	Género : Hombre____ Mujer: ____
CEDULA: _____		
AREA _____	CARGO _____	
TIEMPO EN EL CARGO _____		
TIEMPO EN LA EMPRESA _____		

3. Señale con una X las dos principales posturas que adopta durante la jornada laboral y especifique en qué porcentaje la asume dentro de la misma.					
a. Sentado _____	0-20% _____	21-40% _____	41-60% _____	61-80% _____	>80% _____
b. De pie _____	_____ %				
c. Cuclillas _____	_____ %				
d Otra _____	_____ %	Cual: _____			
4. Transporta o manipula cargas superiores a 12.5 Kg: Si__ No__					
5. En el desarrollo de sus actividades utiliza principalmente la mano: Izquierda _____ Derecha _____ Ambas _____					

FISIOSALUD LABORAL

6. Seleccione con una X la principal tarea que realiza en su cargo:

-Digitación:

-Escritura

-Archivo

-Colocación de sellos

-Desplazamientos

-Otras?

7. Le han diagnosticado alguna enfermedad osteomuscular: Sí ___ no ___

Cuál? _____

8. Ha tenido molestia en alguna parte del cuerpo durante el último año? Si: ___ No: ___

SI SU RESPUESTA ES NEGATIVA, NO SIGA LLENANDO ESTA ENCUESTA

9. Las molestias se presentan en las siguientes partes del cuerpo (Marque con una X)

SINTOMATOLOGIA	DOLOR	PERDIDA DE FUERZA	HORMIGUEO O ADORMECIMIENTO	LIMITACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN	FRECUENCIA DE LA MOLESTIA		
					Permanente	Intermittente	ocasional
a. Cuello							
b. Hombros							
c. Brazos o antebrazos							
d. Manos o muñecas							
e. Dedos							

FISIOSALUD LABORAL

f. Parte alta de la espalda							
g. Parte baja de la espalda							
h. Miembros inferiores (piernas)							

10. Hace cuanto comenzó la sintomatología? Menos de 1 mes _____ 1 a 6 meses _____ 7 a 12 meses _____ Más de un año _____

10a . En que parte del cuerpo presente la sintomatología:

MMSS____ MMII _____ ESPALDA_____

11. Ya consultó a su EPS para tratar la sintomatología? Sí____ No_____

11a. ¿Lo (a) han incapacitado por la sintomatología?: Si__ No__

11b. La incapacidad tiene una duración de: menos de 3 días_____ más de 3 días _____ Más de una semana_____

11 c. Parte del cuerpo afectado: (MARQUE UNA SOLA OPCIÓN)

MMSS____ MMII _____ ESPALDA_____

12. ¿En que hora del día se presenta la molestia? (Marque con una X)

Mañana	Tarde	Noche	Ocasionalmente en el día	Todo el día
--------	-------	-------	--------------------------	-------------

13. ¿La molestia le afecta su desempeño laboral? Si__ No__

14. ¿La molestia mejora con el reposo? Si__ No__

15. ¿En que lugar se ha presentado principalmente la molestia?(Marque con una X)

SI

NO

FISIOSALUD LABORAL

a. En el trabajo _____		
b. En el hogar _____		

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!