



# INSTRUCCIONES

## ENCUESTA DIAGNOSTICO DE CONDICIONES DE SALUD

Código	127-FORGT-37
Versión	2
Vigencia desde:	31/10/2018

PROCESO: GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		PROCEDIMIENTO: EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES
ITEMS	INSTRUCCIÓN	
DIRECCION CORREO ELECTRONICO	Escriba el correo electrónico que le han asignado en la Entidad	
NOMBRES Y APELLIDOS	Escriba los nombres y apellidos del encuestado	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Escriba el numero de identificación	
FORMA DE VINCULACION	Diligencie la casilla correspondiente, dependiendo del tipo de vinculación	
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	Diligencie las casillas correspondientes de acuerdo con estado civil, edad, grado de escolaridad y numero de hijos.	
GENERO	Diligencie la casilla correspondiente MASCULIONO o FEMENINO	
ESTADO CIVIL	Marque con una X, el estado civil del encuestado, de acuerdo con las casillas del formato	
EDAD	Marque con una X, el rango de edad en el que se encuentra de acuerdo con las casillas del formato	
GRADO DE ESCOLARIDAD	Marque con una X, el nivel de escolaridad APROBADO, en el que se encuentra de acuerdo con las casillas del formato	
NUMERO DE HIJOS	Marque con una X, el numero de hijos que actualmente tiene	
HABITOS	Diligencie cada uno de los campos correspondientes	
CONSUMO DE CIGARRILLO	Marque con una X, SI fuma cigarrillos o NO	
CANTIDAD CIGARRILLOS DIA	Si marco SI , Marque con una X, la cantidad de cigarrillos que consume al día	
TIEMPO DE CONSUMO	Si marco si, Marque con una X, el tiempo de consumo	
ALCOHOL	Marque con una X, si consume o no consume alcohol	
FRECUENCIA DE CONSUMO	Marque con una X la frecuencia de consumo	
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Marque con una X, si consume o no consume sustancias psicoactivas	
FRECUENCIA DE CONSUMO	Marque con una X la frecuencia de consumo	
ACTIVIDADES DEPORTIVAS	Marque con una X SI o NO practica algún deporte	
LESIONES DEPORTIVAS	Marque con una X SI o NO ha tenido lesiones deportivas	
ACCIDENTES DE TRABAJO	Maque con una X SI ha tenido o NO accidentes de trabajo, durante la permanencia en el DADEP	
ENFERMEDAD LABORAL	Maque con una X SI le han diagnosticado o NO enfermedades laborales, durante la permanencia en el DADEP	
ANTECEDENTES PERSONALES	Marque con una X, en las casillas correspondientes, SI o NO, le ha diagnosticado alguna de las enfermedades relacionadas en el formato.	
ACTIVIDADES EXTRALABORALES	Marque con una X, SI o NO, realiza actividades extra laborales	
ACTIVIDADES EXTRALABORALES POR LO MENOS 3 VECES A LA SEMANA	Marque con una X, las actividades que usted practica como mínimo tres (3) veces a la semana	
DIAGNOSTICO DE CONDICIONES OSTEOMUSCULARES	Diligencie los campos correspondientes	
MOLESTIAS PRESENTADAS	Marque con una X, las casillas que usted considere de acuerdo con las molestias que haya presentado en las diferentes partes del cuerpo.	
CUANDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE APARECIERON LAS MOLESTIAS	Marque con una X, el lapso de tiempo en el cual aparecieron las molestias, de acuerdo con las casillas del formato	
CALIFIQUE LAS MOLESTIAS	Marque con una X, la gravedad de las molestias, de acuerdo con las casillas del formato	
LAS MOLESTIAS LE HAN IMPEDIDO REALIZAR SUS LABORES HABITUALES	Marque con una X, SI o NO, le han afectado realizar sus labores habituales	
A CUALES FACTORES LE ATRIBUYE LAS MOLESTIAS	Marque con una X, los factores atribuyentes en las molestias presentadas	
HA ESTADO INCAPACITADO POR LAS MOLESTIAS PRESENTADAS	Marque con una X, SI o NO, ha estado incapacitado por las molestias presentadas	
TIEMPO DE INCAPACIDAD POR LAS MOLESTIAS	Marque con una X, el tiempo de incapacidad generado por las molestias, de acuerdo con las casillas del formato	
DIAGNOSTICO VISUAL	Diligencie los campos correspondientes	
USA ANTEOJOS O GAFAS PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES LABORALES	Marque con una X, SI o NO, usa gafas o anteojos para realizar sus actividades laborales	
USA LENTES DE CONTACTO PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES LABORALES	Marque con una X, SI o NO, usa lentes de contacto para realizar sus actividades laborales	
HA TENIDO ALGUNA DIFICULTAD PARA VER AUN USANDO GAFAS O LENTES DE CONTACTO	Marque con una X, si ha tenido alguna dificultad para ver aun usando gafas o lentes de contacto, de acuerdo con las casillas del formato	
ULTIMA VEZ QUE SE REALIZO UN EXAMEN DE VISIOMETRIA	Marque con una X, el lapso de tiempo desde la ultima vez que se realizó un examen de visiometría, de acuerdo con las casillas del formato	
AL FINALIZAR LAS LABORES PRESENTA ALGUNOS SINTOMAS	Marque con una X, si presenta algunos síntomas al finalizar las labores, de acuerdo con las casillas del formato	
LE HAN DIAGNOSTICADO ALTERACIONES VISUALES	Marque con una X, si los profesionales de la salud le han diagnosticado alguna de las alteraciones visuales, de acuerdo con las casillas del formato	
INFORMACION ADICIONAL	Diligencie los campos correspondientes	
DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE ORIGEN COMUN	Marque con una X, SI le han diagnosticado o NO le han diagnosticado enfermedades de origen común	
DESCRIBA EL TIPO DE ENFERMEDAD	En el espacio del formato, describa brevemente el tipo de enfermedad o enfermedades de origen común que le hayan diagnosticado	



## FORMATO ENCUESTA DIAGNOSTICO DE CONDICIONES DE SALUD

Código	127-FORGT-37
Versión	2
Vigencia desde:	31/10/2018

**PROCESO: GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

**PROCEDIMIENTO: EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES**

Compañeras y compañeros, el diligenciamiento de la siguiente encuesta nos permitirá realizar el diagnóstico de condiciones de salud del personal vinculado a la entidad, el objetivo es implementar programas de promoción y prevención en PRO de reducir la accidentalidad e incidentalidad y posibles enfermedades laborales.

Por favor, lee cuidadosamente cada una de las preguntas y responde de manera veraz y completa. Esta información es para uso exclusivo del DADEP.

DIRECCION CORREO ELECTRONICO:	
NOMBRES Y APELLIDOS:	
DOCUMENTO IDENTIFICACION:	
FORMA DE VINCULACION:	Planta <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/>

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

GENERO		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	EDAD	GRADO DE ESCOLARIDAD	NUMERO DE HIJOS
Soltero <input type="checkbox"/>	18 a 29 Años <input type="checkbox"/>	Bachiller <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Casado <input type="checkbox"/>	30 a 39 años <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Viudo <input type="checkbox"/>	40 a 49 Años <input type="checkbox"/>	Tecnólogo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Unión Libre <input type="checkbox"/>	50 a 59 Años <input type="checkbox"/>	Profesional <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 7 o mas <input type="checkbox"/>
Separado <input type="checkbox"/>	Mas de 60 Años <input type="checkbox"/>	Especialización <input type="checkbox"/>	
		Maestría <input type="checkbox"/>	
		Doctorado <input type="checkbox"/>	

### HÁBITOS

CONSUMO DE CIGARRILLO	ALCOHOL	SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	ACTIVIDADES DEPORTIVAS
¿Fuma cigarrillo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Consumo Alcohol? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Consumo sustancias psicoactivas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Practica algún deporte? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tiempo de Consumo 1 a 5 años <input type="checkbox"/> 5 a 10 años <input type="checkbox"/> 10 a 15 años <input type="checkbox"/> 15 a 20 años <input type="checkbox"/> Más de 20 años <input type="checkbox"/>	¿Con que frecuencia consume alcohol? Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/>	¿Con que frecuencia consume sustancias psicoactivas? Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/>	¿Ha tenido lesiones deportivas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cantidad de cigarrillos por día 1 a 5 Cigarrillos <input type="checkbox"/> 6 a 10 Cigarrillos <input type="checkbox"/> 10 a 15 Cigarrillos <input type="checkbox"/> Más de 15 Cigarrillos <input type="checkbox"/>			

### ACCIDENTE DE TRABAJO

¿Ha tenido accidentes de trabajo durante su permanencia en el DADEP? SI  NO

### ENFERMEDAD LABORAL

¿Le han diagnosticado alguna enfermedad laboral, durante su permanencia en el DADEP? SI  NO

### ANTECEDENTES PERSONALES

¿Algún medico o un profesional de la salud le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

Espasmos musculares	<input type="checkbox"/>
Artritis, osteoporosis o osteoartritis	<input type="checkbox"/>
Gota	<input type="checkbox"/>
Túnel del carpo	<input type="checkbox"/>
Epicondilitis	<input type="checkbox"/>
Síndrome de manguito rotador	<input type="checkbox"/>
Tendinitis	<input type="checkbox"/>
Escoliosis	<input type="checkbox"/>
Lumbalgia	<input type="checkbox"/>
Hernias	<input type="checkbox"/>
Ninguna	<input type="checkbox"/>

### ACTIVIDADES EXTRALABORALES

¿Realiza actividades extralaborales? SI  NO

¿Practica algunas de las actividades extra laborales por lo menos tres (3) veces a la semana ?

Oficios domésticos	<input type="checkbox"/>
Elaboración de artesanías	<input type="checkbox"/>
Interpretación de instrumentos musicales	<input type="checkbox"/>
Actividades deportivas	<input type="checkbox"/>
Digitación de textos	<input type="checkbox"/>
Uso de dispositivos móviles	<input type="checkbox"/>
Actividades de esfuerzo físico	<input type="checkbox"/>
Actividades de esfuerzo mental	<input type="checkbox"/>
Conducción de vehículos de servicio público	<input type="checkbox"/>
Docencia universitaria	<input type="checkbox"/>



# FORMATO ENCUESTA DIAGNOSTICO DE CONDICIONES DE SALUD

Código	127-FORGT-37
Versión	2
Vigencia desde:	31/10/2018

## DIAGNOSTICO DE CONDICIONES OSTEOMUSCULARES

¿Ha presentado algún tipo de molestia en las siguientes partes del cuerpo?

- Columna cervical
- Columna dorsal
- Hombro derecho
- Hombro izquierdo
- Brazo derecho
- Brazo izquierdo
- Codo derecho
- Codo izquierdo
- Antebrazo derecho
- Antebrazo izquierdo
- Muñeca y mano derecha
- Muñeca y mano izquierda
- Columna lumbar
- Extremidades inferiores derechas
- Extremidades inferiores izquierdas
- Ninguna

¿Cuándo fue la primera vez que aparecieron las molestias?

- Menos de 1 mes
- Entre 1 y 6 meses
- Ninguna
- Entre 6 meses y 1 año
- Más de 1 año

Califique las molestias presentadas

- Suave
- Controlada
- Ninguna
- Media
- Fuerte

¿Estas molestias le han impedido o dificultado realizar su trabajo de manera habitual?

- SI
- NO

¿A cuáles de los siguientes factores le atribuye estas molestias?

- Edad
- Labores extralaborales
- Trabajo que realiza
- Ninguna
- Enfermedad común
- Accidentes previos
- Oficios domésticos

¿Ha estado incapacitado por estas molestias?

- SI
- NO

¿El tiempo de incapacidad por estas molestias ha sido de?

- Entre 1 y 7 días
- Entre 8 y 15 días
- Entre 16 y 30 días
- Más de 1 mes

## DIAGNOSTICO VISUAL

¿Usa anteojos o gafas para realizar su actividad laboral?

- SI
- NO

Usa lentes de contacto cuando trabaja con video terminales

- SI
- NO

¿Ha tenido alguna dificultad para ver, aun usando anteojos o lentes de contacto?

- Ninguna
- Leve
- Media
- Extrema

¿Cuándo fue la última vez que se realizó un examen de visimetría?

- Más de 1 mes
- Más de 3 meses
- Más de 6 meses
- Más de 1 año

¿Al finalizar sus labores presenta algunos de los siguientes síntomas?

- Cansancio o fatiga visual
- Visión borrosa
- Ninguna
- Ardor en los ojos
- Cefalea (Dolor de cabeza intenso)

¿Los profesionales de la salud le han diagnosticado alguna de las siguientes alteraciones?

- Hipermetropía (Visión cercana deficiente)
- Miopía (Visión lejana deficiente)
- Presbicia
- Astigmatismo (Distorsión de los objetos)
- Daltonismo (No distinguir o confundir los colores)
- Ninguna

## INFORMACION ADICIONAL

¿Le han diagnosticado alguna enfermedad de origen común? SI  NO

Describa brevemente el tipo de enfermedad