

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "SG-SST"		Código: ST-F-012	
	FORMATO DE PREVENCIÓN INTEGRAL DE LESIONES OSTEOMUSCULARES		Aprobado: 21/01/2019	
			Versión: 01	
DATOS DEL TRABAJADOR				
Nombre:			Genero:	M F
Se encuentra en estado de embarazo?	SI	NO	No. Semanas	N° Cedula:
Cargo:	TA TO PU PE D VR R	Nivel de estudios :		P B TC TL TE UN ES MG DOC
Estatuta mt:	Peso Kg:	Edad:	Mano predominante:	
Antigüedad en la Empresa:			Antigüedad en el cargo:	
CONDICIONES DE TRABAJO				
Conteste todas las preguntas de la manera más honesta posible, esta información es confidencial. Marque con una X su respuesta.				
En su puesto de trabajo:			SI	NO
1	La silla se puede ajustar en altura.			
2	La silla cuenta con cinco puntos de apoyo y es estable?			
3	El respaldo le permite ajustar en altura e inclinación			
4	La altura de la mesa le permite apoyar sus antebrazos con el codo flexionado a 90°.			
5	La altura de la pantalla corresponde con el borde superior de las cejas?			
6	La pantalla del computador está ubicada en frente de usted?			
7	El teclado y el mouse se encuentran a la misma altura?			
8	El teclado se encuentra alineado con el monitor?.			
9	Tiene que leer documentos al mismo tiempo que escribe en el teclado?			
10	Tiene que atender el telefono al mismo tiempo que escribe con el teclado?			
11	Debe digitar mas de la mitad de la jornada laboral?			
12	Esta expuesto a frio intenso?			
13	Esta expuesto a calor intenso?			
14	La iluminación es adecuada?			
15	Existen objetos bajo la mesa que dificulten su movilidad?.			
CONDICIONES DE SALUD			SI	NO
16	Ha tenido en los ultimos 6 meses dolor en alguna parte del cuerpo?			
17	En el cuello?			
18	En la espalda alta?			
19	En la cintura?			
20	En los hombros?			
21	En los codos?			
22	En las muñecas?			
23	En los dedos?			
24	En la cadera?			
25	En las rodillas?			
26	En los Tobillos?			
27	Relaciona la sintomatología con la actividad laboral que realiza?			
Ha tenido en los ultimos 6 meses alguno de estos sintomas?			SI	NO
28	Inflamación en las muñecas?			
29	Adormecimiento u hormigueo en las manos?			
30	Disminución de la fuerza en las manos?			
Tiene diagnóstico medico presente de alguna de las siguientes enfermedades?			SI	NO
31	Enfermedades generales de los huesos o las articulaciones como artritis, artrosis, lupus, reumatismo,			
32	Enfermedades generales de los músculos, tendones, y ligamentos en los miembros superiores como			
33	Enfermedades generales de los músculos, tendones, y ligamentos en los miembros inferiores como			
34	Enfermedades de los musculos, huesos, tendones o articulaciones de la espalda?.			
35	Alteraciones en la tiroides como hipertiroidismo o hipotiroidismo?.			
36	Enfermedades del corazón?			
37	Enfermedades de los pulmones?			
38	Diabetes?			
39	Hipertensión arterial?			
40	Colesterol alto?			
41	Trigliceridos altos?			
HABITOS			SI	NO
42	Fuma mas de tres cigarrillos diarios?			
43	Realiza actividad física mas de 20 minutos por lo menos tres veces por semana?			
44	Ingiera bebidas alcohólicas aun sin llegar a la embriaguez una o mas veces por semana?			
45	Califique de 1 a 5 el nivel de estrés que usted maneja en la actualidad (1=mín a 5= max)			1 2 3 4 5
OBSERVACIONES				
Firma del Trabajador				