|  |  |
| --- | --- |
| CIUDAD Y FECHA: | |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | |
| IDENTIFICACION (C.C): | EDAD |
| AREA: | CARGO: |
| ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: | ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: |
| LATERALIDAD: (DIESTRO-ZURDO-AMBIDIESTRO) | |

Marque con una **X** en la casilla correspondiente todos los numerales del 0 al 24, indicando si ha presentado DOLOR en los últimos doce (12) meses en alguno o algunos de los segmentos de su cuerpo de la siguiente manera:

**FRECUENCIA: - NUNCA:** cuando no se presente

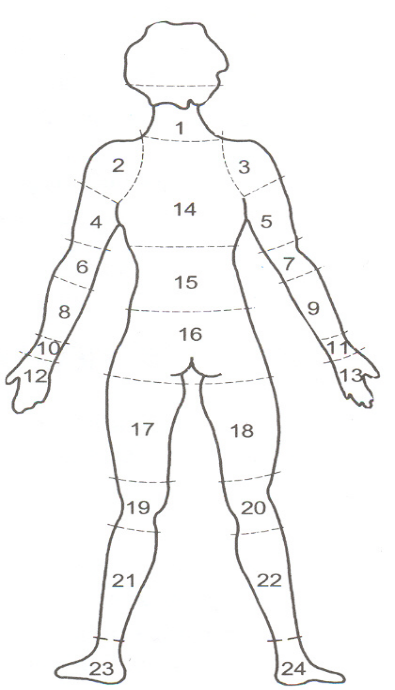
**- RARA VEZ**: si se presenta una vez por mes

**- FRECUENTE**: si se presenta por lo menos una vez cada dos (2) semanas

**- CONTINUO**: si se presenta a diaria o más de tres (3) veces por semana

Nota: Si tiene dificultad en identificar el segmento corporal remítase a la figura.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **SEGMENTO CORPORAL** | **FRECUENCIA** | | | | **SEVERIDAD** | | |
| Nunca | Rara vez | Frecuente | Continuo | Leve | Moderado | Severo |
| 0 | Ojos |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Cuello |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Hombro izquierdo |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Hombro derecho |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Brazo izquierdo |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Brazo derecho |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Codo izquierdo |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Codo derecho |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Antebrazo izquierdo |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Antebrazo derecho |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Muñeca izquierdo |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Muñeca derecha |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Mano izquierdo |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Mano derecha |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Zona dorsal |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Zona lumbar |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Nalgas y/o caderas |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Muslo izquierdo |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Muslo derecho |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Rodilla izquierdo |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Rodilla dcha. |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Pierna izquierdo |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Pierna dcha. |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Pie y/o tobillo izquierdo |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Pie y/o tobillo derecho |  |  |  |  |  |  |  |



**0**

El propósito consiste en la recolección de información de sintomatología osteomuscular para definir el plan de acción con respecto a sus condiciones de salud a nivel osteomuscular.

Declaro que he sido informado (a) del propósito de esta encuesta y su diligenciamiento para la participación voluntaria en el Sistema de vigilancia epidemiológico Biomecánico.

Firma con número de C.C del Colaborador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_