Encuesta de Síntomas músculo esqueléticos SIN-DME

Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>

Mar 13/04/2021 9:38 AM

Para: Maribel Liliana Diaz Yunda <mdiazy@sena.edu.co>

Google Forms

Gracias por rellenar Encuesta de Síntomas músculo esqueléticos SIN-DME

Esto es lo que nos has enviado:

Encuesta de Síntomas músculo esqueléticos SIN-DME

Dirección de correo electrónico *

mdiazy@sena.edu.co

SIN-DME CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS

Dando continuidad a las actividades del programa de vigilancia epidemiologico en prevención de desordenes músculo esqueléticos (PVE-DME), el equipo de seguridad y salud en el trabajo del SENA, con el apoyo de ARL Positiva, se encuentra realizando la ENCUESTA DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS, esta herramienta nos permitirá realizar un tamizaje de la población para identificar los trabajadores con sintomatología asociada a DME y de esta manera planificar las estrategias de intervención con el fin de minimizar los efectos secundarios en su salud.

Ubicación

Seleccione la regional a la que pertenece: *

Valle del Cauca

Centro de formación en el que esta ubicado: *

Valle - Centro nacional de asistencia técnica a la industria – astin

Datos personales

Nombre completo: *

Maribel Liliana Díaz Yunda

N° Identificación: *

66973327

Edad *

45

Dominancia *

- (●) Derecho
- ( ) Izquierdo
- ( ) Ambidiestro

Peso (Kilogramos) *

55

Estatura (Metros) *

1.51

Sexo *

- (●) Femenino
- ( ) Masculino

Cargo actual: *

Gestor de Proyectos Tecnoparque

Antigüedad en el cargo: *

- ( ) Menos de 1 año
- ( ) 1 a 5 años
- (●) 6 a 10 años
- ( ) 11 a 15 años
- ( ) 16 años en adelante

Tipo de contratación: *

- (●) Contratista
- ( ) Planta
- ( ) Aprendiz

Hábitos de vida saludable

¿Usted Fuma? *

- ( ) Si
- (•) No

Hábitos de vida saludable

¿Realiza algún tipo de actividad física? *

- (•) Si
- ( ) No

Actividad física

¿Que actividad física realiza? *

Nadar y correr

¿Por cuánto tiempo realiza esta actividad? *

- ( ) 15 min
- ( ) 30 min
- (•) 1 hora
- ( ) Más de 1 hora

¿Con que frecuencia realiza actividad física? *

- ( ) Diario
- ( ) Dos veces a la semana
- (•)

Tres veces a la semana

Fines de semana

Estado de Salud

Molestia o enfermedad actual

¿Presenta alguna enfermedad actualmente? *

Si

No

¿Presenta dolor, molestia o disconfort en alguna parte del cuerpo? *

Si

No

Síntomas según parte del cuerpo

Parte del cuerpo 1 *

Seleccione el segmento que presente mayor sintomatologia respecto a los demás

Espalda alta

Síntoma *

Dolor

Intensidad del síntoma *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Observaciones acerca de su sintomatologia.

Escriba si presenta mas segmentos con sintomatologia, o que información adicional tiene acerca de esta.

Usualmente tengo problemas pronunciados en mi espalda alta por tiempo prolongado.

¿Presenta sintomatología en otra parte del cuerpo? *

- (•) Si
- ( ) No

Síntomas según parte del cuerpo

Parte del cuerpo 2 *

Seleccione el otro segmento en el que presente sintomatología

Dedos de la mano

Síntoma *

Si usted no presenta sintomatologia en mas segmentos seleccione ninguno.

Adormecimiento

Intensidad del síntoma *

Si usted no presenta sintomatologia en mas segmentos seleccione 0.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Frecuencia de los síntomas

Inicio y duración de los síntomas

¿Cuando se presentan los síntomas? *

Al realizar mi trabajo

¿Desde hace cuanto tiempo presenta los síntomas? *

Más de 12 meses

¿Por cuanto tiempo se presentan y permanecen estos problemas? *

De manera permanente

Observaciones acerca de su sintomatologia.

Escriba si presenta mas segmentos con sintomatologia, o que información adicional tiene acerca de esta.

Comentarios

Escriba si tiene comentarios adicionales acerca de su condición de salud.

Tengo inconvenientes para conciliar el sueño. Adicionalmente, y con mucha frecuencia presento dolores de cabeza.

Crea tu propio formulario de Google

Notificar uso inadecuado