

ENCUESTA PARA EMPLEADOS

INFORMACION PERSONAL

Nombres:		SEXO:	M <input type="checkbox"/>
Apellidos:			F <input type="checkbox"/>
CC. _____	Edad:	Oriundo de:	
Expedida en:			
Fecha de nacimiento:	Departamento:	Municipio:	
Direccion domicilio:		Telefono:	Celular:
Departamento:		Municipio:	
Extracto social:	Peso:	Talla:	Nivel de Escolaridad:
Hijos:			
E-MAIL:			
Grupo sanguineo:	RH:		
EPS a la que esta afiliado:			
ARP a la que esta afiliado:			
AFP a la que esta afiliado:			

INFORMACION LABORAL

Tipo de contrato:		
Oficio, labor o profesion:		
Tiempo que lleva en esta profesion:		
Fecha de ingreso:		
Rutinario:	SI <input type="checkbox"/>	
	NO <input type="checkbox"/>	
Horas diarias laboradas:	Hora de ingreso:	Hora de salida:
En que momentos o días tiene mas carga laboral:		
Que le produce estrés:		
Actualmente sufre de alguna enfermedad:	SI <input type="checkbox"/>	
	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? _____
Atecedentes patologicos:	SI <input type="checkbox"/>	
	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? _____
Accidentes de trabajo:	SI <input type="checkbox"/>	
	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? _____
Tiene alguno fovia:	SI <input type="checkbox"/>	
	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? _____
Le han practicado alguna operacion:	SI <input type="checkbox"/>	
	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? _____

Fuma:	SI	<input type="checkbox"/>	Con que regularidad:
	NO	<input type="checkbox"/>	
Consume licor:	SI	<input type="checkbox"/>	Con que regularidad:
	NO	<input type="checkbox"/>	
Drogas psicoactivas:	SI	<input type="checkbox"/>	Con que regularidad:
	NO	<input type="checkbox"/>	
Practica alguna actividad fisica:	SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? _____
	NO	<input type="checkbox"/>	
Sufre frecuentemente de dolores de cabeza	SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? _____
	NO	<input type="checkbox"/>	
Sufre o ha sufrido dolores en el sistema musculo esqueletico	SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? _____
	NO	<input type="checkbox"/>	
Tiene algun problema en los ojos	SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? _____
	NO	<input type="checkbox"/>	
Tiene problemas respiratorios:	SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? _____
	NO	<input type="checkbox"/>	
Mantiene mucho tiempo de Pie:	SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuanto tiempo? _____
	NO	<input type="checkbox"/>	

Tiene constantes dolores de espalda:	SI	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>