

	FORMATO		AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD		CÓDIGO: SIG-EI-FR-78 DEPARTAMENTO: SSTAS VERSIÓN: 1.0	
	DATOS DEL TRABAJADOR					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		NRO IDENTIFICACIÓN		
EDAD (años)	FECHA	DD	MM	AA		
EPS	AFP	Departamento		ARL		
Cargo						
¿Qué equipos opera?						
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique						
¿Actualmente un conviviente presenta alguna enfermedad con riesgo de infección? Explique						
Describe que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución						
X	Síntoma	Tiempo	X	Síntoma	Tiempo	
	Dolor de cabeza			Hemorragias		
	Dolor musculares			Dificultad para realizar algún movimiento.		
	Fiebre			Malestar general		
	Dolor de cuello, espalda o cintura.			Dolores dentales		
	Dolor en miembros superiores.			Tos frecuente.		
	Dolor de miembros inferiores.			Dificultad respiratoria.		
	Dolor de estomago/cólicos			Diarrea		
	Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia).			Gastritis o úlcera.		
	Dificultad para concentrarse.			Otras alteraciones del sistema digestivo.		
	Mareo			Agotamiento físico (muscular, visual)		
	Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos.			Irritabilidad, nerviosismo		
	Dificultad para oír.			Alteraciones en la piel.		
	Resfriado común			Otro: ¿cuál?		
	Alergias en la piel			Otro: ¿cuál?		
¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique						
¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique						
¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si No Porqué? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si No Porqué? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
¿Cuántos días de incapacidad médica?						
¿Tiene Ud. algún hobby, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?						
SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD						
AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS						
Autorizó a Mero Línea 1 al manejo de mis datos personales acá registrados con el fin de dar cumplimiento a la legislación vigente dentro del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo para consolidar el perfil sociodemográfico y de condiciones de salud de la población trabajadora, entendiendo que la información será utilizada para direccionar las actividades de prevención y control de seguridad y salud en el trabajo.						
Si						No
FIRMAS						
Firma del trabajador	Firma Seguridad y Salud en el Trabajo					
CC						
Este documento y la información que contiene es propiedad de ML1. No se puede utilizar, reproducir ni transmitir a un tercero sin la aprobación previa por escrito.						
DCC-DM-FR-7 Versión: 1.0						