


| | | |
|--|--|------------|
|  | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo | |
| | FORMATO N°: | FT-SST-050 |
| FORMATO DE INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD | Fecha: | 21/02/2025 |
| | Versión: | 01 |
| Pagina 1 de 1 | | |
| FORMATO DE INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD | | |
| 1. DATOS PERSONALES | | |
| Nombre completo: | BERRIZ HELENZ REBELLOS GÓMEZ | |
| Documento de identidad: | CC + 39'408.029 | |
| Fecha de nacimiento: | 28-08-1968 | |
| Edad: | 57 años | |
| Sexo: | Femenino | |
| Estado civil: | Unión libre | |
| Teléfono de contacto: | 302 585 32 01 | |
| Dirección de residencia: | ZARRAZ 11 + 183A 45 (INT) 7 | |
| Nivel educativo: | Bachiller | |
| 2. INFORMACIÓN LABORAL | | |
| Cargo: | Monitoreo | |
| Área o departamento: | | |
| Fecha de ingreso a la empresa: | | |
| Tipo de contrato: | | |
| Jornada laboral: | | |
| 3. CONDICIONES DE SALUD | | |
| ¿Padece alguna enfermedad crónica? (Sí/No). Si es afirmativo, indicar cuál: | | |
| ¿Ha sido diagnosticado con alguna condición médica relevante? (Ej.: hipertensión, diabetes, etc.): | Presión arterial | |
| ¿Tiene algún tipo de discapacidad o condición especial? (Sí/No). Especificar: | NO | |
| ¿Toma algún medicamento de forma permanente? (Sí/No). Indicar cuál: | Nifedipino 30 mg | |
| ¿Ha presentado accidentes laborales en la empresa? (Sí/No). Indicar fecha y tipo de accidente: | NO | |
| ¿Ha presentado incapacidades en el último año? (Sí/No). Indicar número de días y motivo: | NO | |
| 4. Hábitos y Estilo de Vida | | |
| ¿Fuma? (Sí/No). ¿Con qué frecuencia?: | NO | |
| ¿Consume alcohol? (Sí/No). ¿Con qué frecuencia?: | NO | |
| ¿Realiza actividad física regularmente? (Sí/No). ¿Cuántas veces por semana?: | 3 veces en la semana | |
| ¿Tiene alguna condición de salud relacionada con estrés o salud mental? (Sí/No). Especificar: | NO | |
| 5. Factores de Riesgo Laboral | | |

| | | |
|--|--|--|
| ¿Percibe riesgos en su puesto de trabajo? (Sí/No). Indicar cuáles: | | En mi puesto de trabajo ESTE UNO EXPUERTO OCIDENTES |
| Ergonómicos (mala postura, movimientos repetitivos, carga de peso, etc.) | | Ninguno de los anteriores |
| Psicosociales (estrés, carga laboral, acoso, etc.) | | Ninguno |
| Físicos (ruido, iluminación inadecuada, vibraciones, etc.) | | NO |
| Químicos (manejo de sustancias peligrosas, gases, etc.) | | NO |
| Biológicos (exposición a virus, bacterias, etc.) | | NO |
| Otro. ¿Cuáles? | | — |
| 6. OBSERVACIONES ADICIONALES (Espacio para comentarios del trabajador sobre su salud o condiciones laborales) | | |
| En salud bien, Condiciones laborales bien | | |
| 7. FIRMA Y AUTORIZACIÓN Declaro que la información suministrada es verídica y autorizo su uso para fines de seguridad y salud en el trabajo. | | |

Firma del trabajador: Berniz Rebelles

Fecha: 09-04-2025

Firma del encargado de SST: _____

Fecha: _____