

	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																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Nombre completo:</td> <td colspan="3">María Brucena Martínez Tamara</td> </tr> <tr> <td>Documento de identidad:</td> <td colspan="3">C.E. 41705764 BTA</td> </tr> <tr> <td>Fecha de nacimiento:</td> <td colspan="3">7 de abril 1956</td> </tr> <tr> <td>Edad:</td> <td colspan="3">68 años</td> </tr> <tr> <td>Sexo:</td> <td colspan="3">Femenino</td> </tr> <tr> <td>Estado civil:</td> <td colspan="3">Casada</td> </tr> <tr> <td>Teléfono de contacto:</td> <td colspan="3">3115455243</td> </tr> <tr> <td>Dirección de residencia:</td> <td colspan="3">carrera 50 A - 174 B - 06</td> </tr> <tr> <td>Nivel educativo:</td> <td colspan="3">Bachillerato y curso Sistemas</td> </tr> </table>				Nombre completo:	María Brucena Martínez Tamara			Documento de identidad:	C.E. 41705764 BTA			Fecha de nacimiento:	7 de abril 1956			Edad:	68 años			Sexo:	Femenino			Estado civil:	Casada			Teléfono de contacto:	3115455243			Dirección de residencia:	carrera 50 A - 174 B - 06			Nivel educativo:	Bachillerato y curso Sistemas		
Nombre completo:	María Brucena Martínez Tamara																																						
Documento de identidad:	C.E. 41705764 BTA																																						
Fecha de nacimiento:	7 de abril 1956																																						
Edad:	68 años																																						
Sexo:	Femenino																																						
Estado civil:	Casada																																						
Teléfono de contacto:	3115455243																																						
Dirección de residencia:	carrera 50 A - 174 B - 06																																						
Nivel educativo:	Bachillerato y curso Sistemas																																						
2. INFORMACIÓN LABORAL																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Cargo:</td> <td colspan="3">MONITORA</td> </tr> <tr> <td>Área o departamento:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Fecha de ingreso a la empresa:</td> <td colspan="3">29 ENERO 2025</td> </tr> <tr> <td>Tipo de contrato:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Jornada laboral:</td> <td colspan="3">DIURNA</td> </tr> </table>				Cargo:	MONITORA			Área o departamento:				Fecha de ingreso a la empresa:	29 ENERO 2025			Tipo de contrato:				Jornada laboral:	DIURNA																		
Cargo:	MONITORA																																						
Área o departamento:																																							
Fecha de ingreso a la empresa:	29 ENERO 2025																																						
Tipo de contrato:																																							
Jornada laboral:	DIURNA																																						
3. CONDICIONES DE SALUD																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">¿Padece alguna enfermedad crónica? (Sí/No). Si es afirmativo, indicar cuál:</td> <td style="width: 40%;">NO</td> </tr> <tr> <td>¿Ha sido diagnosticado con alguna condición médica relevante? (Ej.: hipertensión, diabetes, etc.):</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>¿Tiene algún tipo de discapacidad o condición especial? (Sí/No). Especificar:</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>¿Toma algún medicamento de forma permanente? (Sí/No). Indicar cuál:</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>¿Ha presentado accidentes laborales en la empresa? (Sí/No). Indicar fecha y tipo de accidente:</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>¿Ha presentado incapacidades en el último año? (Sí/No). Indicar número de días y motivo:</td> <td>NO</td> </tr> </table>				¿Padece alguna enfermedad crónica? (Sí/No). Si es afirmativo, indicar cuál:	NO	¿Ha sido diagnosticado con alguna condición médica relevante? (Ej.: hipertensión, diabetes, etc.):	NO	¿Tiene algún tipo de discapacidad o condición especial? (Sí/No). Especificar:	NO	¿Toma algún medicamento de forma permanente? (Sí/No). Indicar cuál:	NO	¿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																								
¿Padece alguna enfermedad crónica? (Sí/No). Si es afirmativo, indicar cuál:	NO																																						
¿Ha sido diagnosticado con alguna condición médica relevante? (Ej.: hipertensión, diabetes, etc.):	NO																																						
¿Tiene algún tipo de discapacidad o condición especial? (Sí/No). Especificar:	NO																																						
¿Toma algún medicamento de forma permanente? (Sí/No). Indicar cuál:	NO																																						
¿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																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">¿Fuma? (Sí/No). ¿Con qué frecuencia?:</td> <td style="width: 40%;">NO</td> </tr> <tr> <td>¿Consume alcohol? (Sí/No). ¿Con qué frecuencia?:</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>¿Realiza actividad física regularmente? (Sí/No). ¿Cuántas veces por semana?:</td> <td>SI 2 VECES</td> </tr> <tr> <td>¿Tiene alguna condición de salud relacionada con estrés o salud mental? (Sí/No). Especificar:</td> <td>NO</td> </tr> </table>				¿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?:	SI 2 VECES	¿Tiene alguna condición de salud relacionada con estrés o salud mental? (Sí/No). Especificar:	NO																												
¿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?:	SI 2 VECES																																						
¿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:	NO
Ergonómicos (mala postura, movimientos repetitivos, carga de peso, etc.)	NO
Psicosociales (estrés, carga laboral, acoso, etc.)	NO
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)

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: Angelina Hartnez

Fecha: 24-02-2025

Firma del encargado de SST: _____

Fecha: _____