

	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
	Página 1 de 1	
FORMATO DE INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD		
1. DATOS PERSONALES		
Nombre completo:	Maria Awceña 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:	Carretera SDA 1743-06	
Nivel educativo:	Bachillerato y curso Sistemas	
2. INFORMACIÓN LABORAL		
Cargo:	MONITORA	
Área o departamento:		
Fecha de ingreso a la empresa:	29 ENERO 2025	
Tipo de contrato:		
Jornada laboral:	DIURNA	
3. CONDICIONES DE SALUD		
¿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		
¿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: Azucena Plautner

Fecha: 24-02-2025

Firma del encargado de SST: _____

Fecha: _____