**EVALUACION INTEGRAL DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD**

Área Protegida ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Territorial ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nivel Central ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de quien reporta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Cuestionario Individual

1. ¿Sus sugerencias son tenidas en cuenta por sus jefes? SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_
   1. Cuando sus sugerencias no son tomadas en cuenta, ¿lo considera perjudicial para usted? SI \_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_
   2. ¿Qué hace usted cuando no son tenidas en cuenta sus sugerencias?

2. ¿Trabaja más de 8 horas al día en ésta entidad? SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

2.1 ¿Considera perjudicial para su salud trabajar más de 8 horas al día?

SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

1. Las relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo las considera:

Buenas \_\_\_\_\_\_\_\_

Regulares \_\_\_\_\_\_\_\_

Malas \_\_\_\_\_\_\_\_

3.1 ¿Las relaciones interpersonales son perjudiciales para su salud?

SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

## Instrumento para evaluación de la organización del trabajo

3.2 ¿Qué hace usted cuando no hay buenas relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo?

**EVALUACIÓN INTEGRAL DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD**

**Instrumento para Evaluación de Comportamiento**

## Cuestionario para ser aplicado en forma individual

1. ¿Hay mala ventilación en algún área de trabajo? SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

Si contesta NO pasar a la pregunta No. 2

1.1 ¿En cuales áreas? 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2 La mala ventilación en las anteriores áreas, ¿es perjudicial para su salud? SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

1.3 ¿Si es perjudicial para su salud qué hace usted?

2. ¿Existen áreas con altas temperaturas en su trabajo? SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

Si contesta NO pasar a la pregunta No. 3

2.1 ¿En cuales áreas?

1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Las altas temperaturas en las anteriores áreas son

¿Perjudiciales para su salud? SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

2.3 Si es perjudicial para su salud, ¿qué hace usted con respecto a esto?

3. ¿Existen áreas con altas /bajas temperaturas en su área de trabajo SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

Si contesta NO pasar a la pregunta No.4

3.1. ¿En cuales áreas?

1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. ¿La temperatura en las anteriores áreas es perjudicial para su salud? SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_
  2. ¿Si la temperatura es perjudicial para su salud qué hace usted?

1. ¿Existen áreas de su puesto de trabajo con mala iluminación? SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

Si contesta NO pasar a la pregunta No.5

4.1 ¿En cuales áreas?

1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. La mala iluminación en las anteriores áreas es

¿Perjudicial para su salud? SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

* 1. Si es perjudicial, ¿qué hace usted respecto a esto?

1. ¿Hay alta exposición a contaminantes biológicos en su trabajo?

SI \_\_\_\_ NO\_\_\_\_

Si contesta NO pasar a la pregunta No.6

5.1 ¿En cuales áreas? 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. La exposición a contaminantes biológicos en las anteriores áreas ¿es perjudicial para su salud? SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_
  2. Si hay exposición a éstos contaminantes ¿qué hace usted?

6. ¿Se manejan sustancias químicas en su área de trabajo? SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

Si contesta NO pasar a la pregunta No. 7

6.1 ¿En qué sitios? 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.2 ¿Cuáles sustancias? 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.3 Si se manejan sustancias químicas, ¿éstas son perjudiciales para su salud?

SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

6.4 ¿Si contestó afirmativamente, qué hace usted respecto a esto?

7. ¿Ha trabajado en sitios que por su incomodidad aumenten el cansancio durante la jornada de trabajo?

Si contesta NO pasar a la pregunta No.8 SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

7.1 ¿En cuales sitios? 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.2 ¿El trabajar incomodo es perjudicial para su salud? SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

* 1. Si contestó afirmativamente, ¿qué hace usted respecto a esto?

1. ¿Hay áreas de trabajo donde tenga que movilizar o levantar objetos pesados?

Si contesta NO pasar a la pregunta No. 9 SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

8.1 ¿Cuáles sitios? 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿El levantar o movilizar cargas pesadas es perjudicial para su salud? SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

9.1 ¿De ser perjudicial, qué hace usted?

1. ¿Existen áreas en su trabajo con riesgo alto de Incendio?

SI \_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

10.1 ¿En cuales áreas?

1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. ¿Qué lo puede iniciar?

1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.3 Si existen riesgo alto de incendio, ¿qué hace usted para disminuir éste riesgo?

## EVALUACION INTEGRAL DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD

**Instrumento para evaluación de antecedentes genéticos**

De la siguiente lista de enfermedades, cual o cuales están presentes en su familia.

SI NO

Hipertensión arterial \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arteriosclerosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fiebre reumática \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Varices miembros inferiores \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cáncer \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gota \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bocio \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asma \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ulcera péptica \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dermatitis atópica \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Migraña \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lupus eritematoso \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Artritis reumatoidea \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trastornos mentales \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Epilepsia \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trastornos de visión \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

De la siguiente lista de enfermedades, cual o cuales están o han estado presente en usted

SI NO

Hipertensión arterial \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Arteriosclerosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fiebre reumática \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Varices miembros inferiores \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cáncer \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gota \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bocio \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asma \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ulcera péptica \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dermatitis atópica \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Migraña \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lupus eritematoso \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Artritis reumatoidea \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trastornos mentales \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Epilepsia \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trastornos de Visión \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL VIGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Guía de verificación para Vigía de Seguridad y Salud en el trabajo

Verifique mediante observación de su área de trabajo:

Esta publicada la Política de seguridad y salud en el trabajo en su área

Esta publicada la Política de prevención de consumo de alcohol y tabaco

Su área tiene plan de contingencia y emergencia.

Fecha de último simulacro. Fecha

Conocen las hojas de seguridad de los productos químicos usados en su trabajo.

Existen normas para movilización y manejo de cargas.

Existe revisión pre-operacional en los vehículos en su área

Existe en su área Panorama, Inventario o Matriz de riesgo