

Registro de características individuales

HORA		FECHA			FECHA DE NACIMIENTO			CÓDIGO DE PARTICIPANTE		
HH	MM	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	EMPRESA	PUESTO	SUJETO

1. Género: Masculino _____ Femenino: _____ 2. Talla: _____ cms. 3. Peso: _____ Kg.
4. Antigüedad en el cargo: _____ Meses. 5. ¿Su pierna dominante es? Izquierda: _____ Derecha: _____
6. ¿Ha presentado alguna dificultad como: accidentes, golpes o cirugías en los pies, piernas, rodillas, muslos o espalda baja en los últimos 12 meses? Sí _____ No _____.
7. ¿Ha tenido signos y/o síntomas durante los últimos 12 meses en: pies, piernas, muslos, cadera y espalda baja? Sí _____ No _____.

Encaso de Indicar que sí, marque con una X los signos y síntomas que ha tenido:

Várices: _____ Mala circulación: _____ Dolor lumbar: _____ Fatiga/dolor muscular: _____

Hinchazón de pies y/o piernas: _____ Dolor en rodilla: _____ ¿Otro? _____.

	Duerme	Despierta
Normalmente a qué hora:	<u>HH</u> : <u>MM</u>	<u>HH</u> : <u>MM</u>
¿Cómo considera es la calidad del sueño que usted tiene?		
1. Muy bueno		
2. Bueno		
3. Regular		
4. Malo		
5. Muy malo		
6. No duermo		

Registro de la circunferencia de las piernas.

Pierna derecha

Medición	Segmento 1	Segmento 2	Segmento 3	Segmento 4	Segmento 5	Segmento 6	Hora
Inicio de la Jornada	_____cm	_____cm	_____cm	_____cm	_____cm	_____cm	<u>HH</u> : <u>MM</u>
Final de la jornada	_____cm	_____cm	_____cm	_____cm	_____cm	_____cm	<u>HH</u> : <u>MM</u>

Pierna izquierda

Medición	Segmento 1	Segmento 2	Segmento 3	Segmento 4	Segmento 5	Segmento 6	Hora
Inicio de la Jornada	_____cm	_____cm	_____cm	_____cm	_____cm	_____cm	<u>HH</u> : <u>MM</u>
Final de la jornada	_____cm	_____cm	_____cm	_____cm	_____cm	_____cm	<u>HH</u> : <u>MM</u>

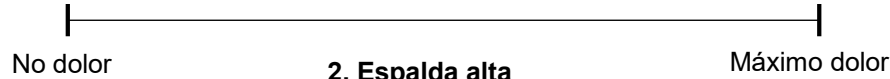
Observaciones

HORA		FECHA		
HH	MM	DD	MM	AAAA

REGISTRO DE SÍNTOMAS MUSCULARES

MEDICIÓN		CÓDIGO DE PARTICIPANTE		
<input type="checkbox"/> INICIAL	<input type="checkbox"/> FINAL	EMPRESA	PUESTO	SUJETO

1. Cuello

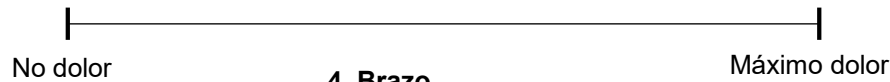


2. Espalda alta



Lado izquierdo del cuerpo

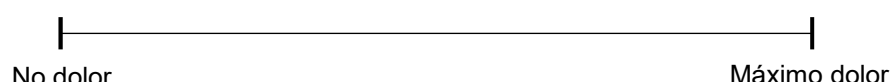
3. Hombro



4. Brazo



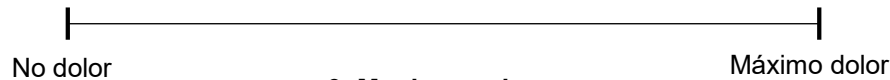
5. Codo



7. Ante brazo



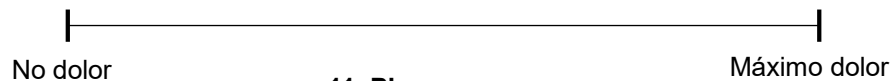
8. Mano muñeca



9. Muslo y cadera



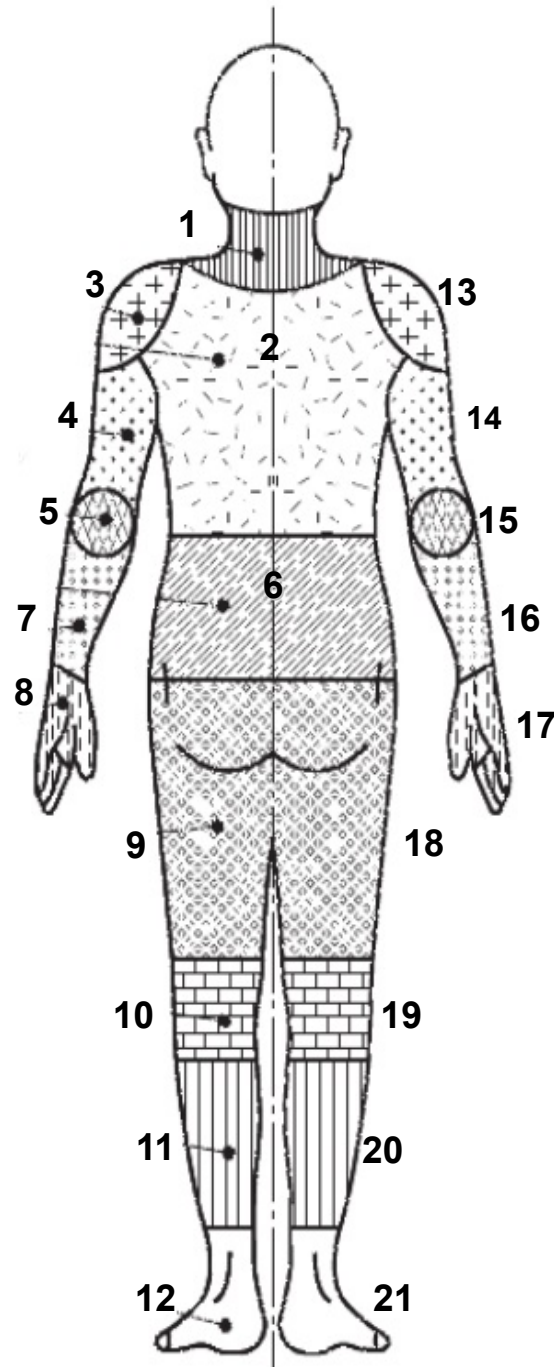
10. Rodilla



11. Pierna



12. Tobillo pie



6. Espalda baja



Lado derecho del cuerpo

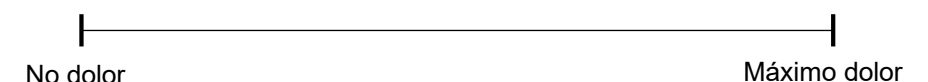
13. Hombro



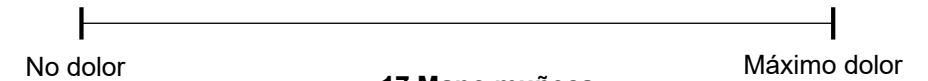
14. Brazo



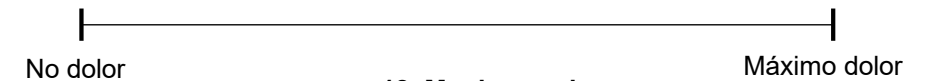
15. Codo



16. Ante brazo



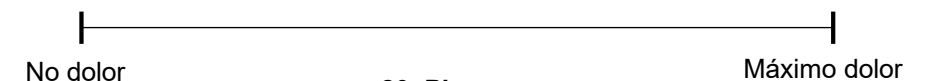
17. Mano muñeca



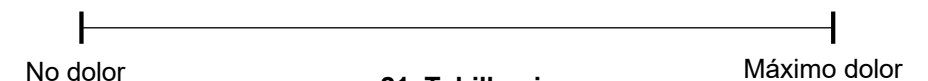
18. Muslo y cadera



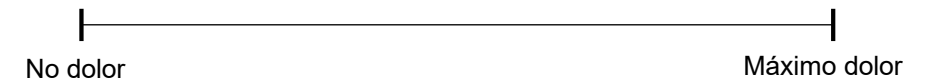
19. Rodilla



20. Pierna



21. Tobillo pie



HORA		FECHA		
HH	MM	DD	MM	AAAA

MEDICIÓN		CÓDIGO DE PARTICIPANTE		
<input type="checkbox"/> INICIAL	<input type="checkbox"/> FINAL	EMPRESA	PUESTO	SUJETO

¿Cuál es la intensidad del esfuerzo que siente en este momento de la jornada laboral?

- El 0 indica que el esfuerzo es nulo.
- El 10 indica que es el máximo esfuerzo que jamás haya experimentado o sentido.

Escala de Borg

0	Esfuerzo nulo
0,5	Esfuerzo poco perceptible
1	Esfuerzo muy ligero
2	Esfuerzo ligero
3	Esfuerzo moderado
4	Esfuerzo ligeramente duro
5	Esfuerzo pesado
6	-
7	Esfuerzo muy duro
8	-
9	-
10	Esfuerzo extremadamente duro (máximo)

HORA		FECHA		
HH	MM	DD	MM	AAAA

MEDICIÓN		CÓDIGO DE PARTICIPANTE		
<input type="checkbox"/> INICIAL	<input type="checkbox"/> FINAL	EMPRESA	PUESTO	SUJETO

¿Cuál es la intensidad del esfuerzo que siente en este momento de la jornada laboral?

- El 0 indica que el esfuerzo es nulo.
- El 10 indica que es el máximo esfuerzo que jamás haya experimentado o sentido.

Escala de Borg

0	Esfuerzo nulo
0,5	Esfuerzo poco perceptible
1	Esfuerzo muy ligero
2	Esfuerzo ligero
3	Esfuerzo moderado
4	Esfuerzo ligeramente duro
5	Esfuerzo pesado
6	-
7	Esfuerzo muy duro
8	-
9	-
10	Esfuerzo extremadamente duro (máximo)