INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL EN LOS EMPLEADOS DEL AREA DE CONDUCCION EN LA EMPRESA EXPRESO BRASILIA S.A. DE JULIO DEL 2.004 A JUNIO DEL 2005.

BELKIS JUDITH SARIEL ACENDRA C.C. 55.225.732 DE BARRANQUILLA
DUNYS ESTHER CANTILLO MARES C.C. 44.152.003 DE SOLEDAD, ATL.
JANINE DEL CARMEN PICO ROMERO C.C. 22.737.696 DE BARRANQUILLA
MARTHA CECILIA HERRERA MONTEJO C.C. 55.241.935 DE BARRANQUILLA
SARA MILENA TERNERA ALDANA C.C. 57.308.204 DE PIVIJAY, MAG.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

COORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÒN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
BARRANQUILLA 2005

INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL EN LOS EMPLEADOS DEL AREA DE CONDUCCION EN LA EMPRESA EXPRESO BRASILIA S. A. DE JULIODEL 2.004 A JULIO DEL 2005.

Presentado al Comité de Investigación de la Unidad Académica de Fisioterapia
ASESORA: F. T. CRISTINA MARSIGLIA CHARRASQUIEL C.C. 32.648.652

COORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
BARRANQUILLA 2005.

NOTA DE ACEPTACION

NÚMERO_____

LETRA_____

Jurado Cristina Farniglia

Jurado_____

Jurado_____

Barranquilla, Junio del 2005.

AGRADECIMIENTOS

A: nuestra institución y sus directivos, que gracias a sus esfuerzos y sacrificios han logrado que hoy cada alumno aquí graduado pueda enfrentar la vida orgullosos y seguros de haber pertenecido a una de las mejores instituciones de nuestro departamento y seguros de haber adquirido un buen titulo como profesional.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA

LISTADO DE TABLA

TABLA No.1	Antecedentes Personales.
TABLA No. 2	Antecedentes Familiares.
TABLA No. 3	Trabajo antes de ingresar a la empresa
TABLA No. 4	Tiempo vinculado a la empresa.
TABLA No. 5	Se le practicó examen para establecer su condición física.
TABLA No.6	Horas al día disponible para la empresa.
TABLA No. 7	Cuantas horas continuas permanece sentado para realizar su actividad
TABLA No. 8	Horas continuas conduciendo
TABLA No. 9	Influye el estado de las vías sobre su dolor de espalda.
TABLA No. 10	Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genere ingresos realiza usted.
TABLA No. 11	Presenta usted dolor lumbar
TABLA No. 12	Cuanto tiempo hace que presenta este dolor
TABLA No. 13	Tipo de dolor.
TABLA No. 14	Que origina el dolor.
TABLA No. 15	Cuando aumenta el dolor.
TABLA No 16	Cuando disminuye el dolor.
TABLA No. 17	Recibe tratamiento médico por el dolor lumbar
TABLA No. 18	Recibe tratamiento fisioterapéutico por el dolor lumbar.
TABLA No. 19	Conoce de la patología.
TABLA No. 20	La A.R.P. desarrolla algún programa para tratar este dolor

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

		Pág.
1.	TITULO	12
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3.	JUSTIFICACION	15
4.	OBJETIVOS	17
4.1	OBJETIVO GENERAL	17
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
5.	PROPÓSITO	18
6.	MARCO TEORICO	19
6.1	EXPRESO BRASILIA S.A.	19
6.1.1	RESEÑA HISTORICA	19
6.1.2	MISION	19
6.1.3	VISION	20
6.2	ANATOMIA DE LA COLUMNA VERTEBRAL	20
6.3	LUMBALGIA	20
6.3.1	CLASIFICACION DE LA LUMBALGIA	21
6.4	ERGONOMIA	23
6.4.1	ERGONOMIA EN LA CONDUCCION	23
6.5	GLOSARIO	25
7.	DISEÑO METOLOGICO.	27
7.1	VARIABLES	27

7.2	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.	27
7.3	POBLACION	29
7.4	MUESTRA.	29
7.5	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.	29
7.5.1	RECURSOS FINANCIEROS	29
7.5.2	RECURSOS HUMANOS	29
7.5.3	RECURSO LOGISTICO	29
7.6	CRONOGRAMA	30
8.	PRESENTACIÒN DE RESULTADOS	31
9.	ANÀLISIS Y RESULTADOS	51
10.	RECOMENDACIONES	52

BIBLIOGRAFIA

CONCLUSION

ANEXOS

INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTORES RIESGO OCUPACIONAL EN LOS EMPLEADOS DEL AREA DE CONDUCCION EN LA EMPRESA TRANSPORTE BRASILIA S.A. DE JULIO DEL 2004 A JUNIO DEL 2005.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

1. INTRODUCCION

El presente trabajo es el informe de la investigación llevada a cabo para establecer la incidencia de la lumbalgia por factor de riesgo ocupacional en los trabajadores del área de conducción de la empresa de transporte terrestre Expreso Brasilia S. A. en la ciudad de Barranquilla.

Tomando la lumbalgia como uno de los más serios y persistentes problemas de orden sanitario y socio económico en el área de salud y especialmente en el área ocupacional y con mucha relación a la profesión de fisioterapia, amerita estudiarse la aparición de nuevos casos, resultados que se espera puedan aportar información para ser comparados con estudios anteriores y a la vez sea tenido en cuenta para nuevos estudios.

Con este trabajo el grupo investigador busca contribuir a la salud de la comunidad trabajadora, especialmente en lo que se relaciona al movimiento del cuerpo humano como lo dictamina la ley 528[1] y a la vez ajustarnos a las exigencias del Sistema General de Riesgos Profesionales[2] en el nivel preventivo primario al detectar los factores que pueden estar influyendo en la aparición de este síntomas que obliga a la incapacidad y por ende a grandes pérdidas económicas en la vida personal y laboral.

Estudios realizados en la Universidad Nacional en cuanto a las acciones profesionales del Fisioterapeuta en salud ocupacional, establecen que este profesional actúa como miembro de un equipo interdisciplinario e intersectorial para desarrollar, entre otras, las acciones de investigación como una función de vital importancia por cuanto sustenta la existencia de la comunidad científica y tiene como objetivo descubrir nuevas relaciones que ayuden a la comprensión de su objeto de estudio[3].

El impacto de la investigación es a todo nivel porque nuestra sociedad necesita poseer información confiable que nos muestre el comportamiento de las patologías que suelen ser frecuentes en los trabajadores por causa del trabajo; a nivel productivo porque en la medida que se pueda brindar asesoría y orientación a la comunidad trabajadora será mayor el aporte de su fuerza de trabajo y por lo tanto mayor el rendimiento económico. En cuanto a nivel de las personas trabajadoras, su vida personal y familiar se percibirá fortalecida y lógicamente se

---

[1] Ley 528 del 14 de septiembre de 1999, Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia. Se dictan normas de ética profesional y otras disposiciones.

[2] Ley 100 de 1993, artículo 139 numeral 11

[3] ALVIS, Karim y otras. Papel del Fisioterapeuta en Salud Ocupacional. Revista ASCOFI. Volumen 44 año 1999, p 46

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través del tiempo el dolor lumbar es uno de los síntomas mas frecuentes en los empleados por factores relacionados con la actividad laboral y sus consecuencias. Las estructuras musculares óseas, ligamentosas y de los discos intervertebrales lumbares así como el funcionamiento de los mismos, pueden verse alterada a consecuencia de determinadas necesidades funcionales relacionadas con la demanda física que debe realizar el trabajador para llevar a cabo su actividad laboral como son: posturas, movimiento, repeticiones, vibraciones, cargas estáticas y dinámicas, la posición adoptada, el tiempo durante el cual se mantiene en esta posición el tiempo durante el cual se mantiene en esta posición y la fuerza que se ejerce, suelen ser la causa de numerosas lesiones músculo esqueléticas, influyendo así de forma negativa en la salud tanto física como psicológica del trabajador y en la productividad de la empresa[4].

Es común encontrar personas que en la realización de sus labores adquieran alteraciones a nivel de su columna y sobre todo en la región lumbar por lo que cada vez se presenta con mas frecuencia pacientes que consultan al medico por dolor lumbar relacionados con su trabajo, por esta razón es necesario conocer bien los factores que influyen el la evolución de una lección de espalda de origen profesional este hecho ha propiciado que las actividades laborales asociadas a este tipo de lesiones, hoy pueda ser objeto de diferentes investigaciones.

Gracias a los estudios realizados por investigadores como Miralles Rull indican que el dolor lumbar actualmente es el síntoma industrial más caro y la principal causa de incapacidad laboral en numerosos trabajadores. Como consecuencia de la elevada incidencia de la lumbalgia se han introducido programa de prevención en el ámbito laboral, como una tentativa de disminuir su incidencia y a la vez disminuir el ausentismo y los costos económicos subsecuentes[5].

El tratamiento de todas estas y otras alteraciones posturales y de las repercusiones que ellas tienen sobre la salud de los empleados de la Empresa Expreso Brasilia de Barranquilla, hace necesario que el fisioterapeuta genere mecanismos de tratamiento para la prevención de este tipo de alteraciones.

---

[4] GOMEZ, Antonio. Articulo:"Factores posturales laborales de riesgo para la salud": Revista Asociación Española de Fisioterapia. Vol.24. 2002, p. 27

[5] MIRALLES, Rull. Articulo:"efectividad de la escuela de columna en el tratamiento de la lumbalgia crónica". Revista Asociación Española de Fisioterapia. Vol. 24. 2002, p. 67

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En Barranquilla y mas específicamente en la empresa Expreso Brasilia S.A., la mayoría de los empleados desempeñan sus actividades laborales manteniendo una misma postura durante un tiempo prolongado, una de las áreas con mayor riesgo ergonómico es la de los conductores por lo que nos proponemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la incidencia de lumbalgia en los conductores de la empresa Expreso Brasilia S. A de la ciudad de Barranquilla?

3. JUSTIFICACION

Para el estudiante de fisioterapia desarrollar trabajos que le permitan fortalecer la habilidad de indagar sobre problemas inherentes a su profesión especialmente aquellos que generan grandes pérdidas económicas y merecen mayor atención para su control.

Un reciente reporte realizado en Colombia por el diario El país, mostró como el 80% de los trabajadores colombianos se quejan de lumbalgia siendo la población masculina la mas vulnerable debido a su mayor exposición a trabajos pesados, horario laboral extendido[6].

Un estudio epidemiológico realizado por Sauné y Arias, muestran que el 25% de los accidentes de trabajo en el estado español presenta esta sintomatología, el 14% en Estados Unidos y el 25% en Gran Bretaña[7].

La lumbalgia representa el principal problema músculo esquelético que provoca incapacidad. Por encuestas resientes se ha demostrado 550 millones de días de trabajo al año por dolor y, que la lumbalgia constituye el 56 % de esta molestia dolorosa en donde Intervienen tantos variables físicas y psicológicas del propio trabajador como factores relacionados con la actividad laboral desempeñada[8]. Se puede originar por el mal posicionamiento corporal, la manipulación incorrecta de objetos pesados y la no utilización de elementos de protección personal.

Por otro lado se encontró en un estudio realizado por la Administradora de Riesgo Profesional del Instituto del Seguro Social (ISS) con el apoyo de la Federación Colombianas de Transportadores (COLFECAR) demostró que en Colombia los conductores y trabajadores relacionados están permanentemente expuestos a diversos factores de riesgos que, de una u otra forma, afectan su salud y el desempeño laboral con un impacto en la productividad que hasta ahora se desconoce. Con respecto a las condiciones de trabajo la población perteneciente a este sector tienen un escaso conocimiento del valor agregado que presenta la prevención expresados en fenómenos como la afiliación al Sistema de Seguridad Social a la adecuación de sus puestos[9].

---

[6] <http//:elpais.caliterra.com.co/historia/julio.25/2004>

[7] CASTILLO, Saune. Estudio de la Lumbalgia. Artículos de la Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Vol. 7 2.003, p. 3

[8] GÓMEZ Antonio, Art. Lumbalgia Ocupacional, Revista Asociación Española de Fisioterapia Vol. 24 Año 2004, p. 43.

[9] ARP ISS – COLFECAR. Artículo: Condiciones de Salud y Trabajo en Conductores, Revista Protección y Seguridad, enero a febrero de 1999, p 46.

En general, el dolor lumbar es un problema de proporciones epidemiológicas y un motivo importante de incapacidad laboral y gastos en atención medica, además de una causa importante de pérdidas de horas laborales por lo que se presenta el tercer motivo de consulta de urgencia y el primero en reubicación laboral en Colombia.

Por las anteriores razones consideramos importante estudiar la incidencia de la lumbalgia, los riesgos que la causan y los actores involucrados en estos episodios en empresas con actividades económicas similares para que estudios posteriores se orienten a aquellos lugares con mayor incidencia y así faciliten las debidas medidas de control.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia de lumbalgia ocupacional en la empresa de transporte terrestre Expreso Brasilia S. A. de la ciudad de Barranquilla.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la incidencia de lumbalgia en los trabajadores pertenecientes al área de conducción de la empresa de transporte Expreso Brasilia en la ciudad de Barranquilla.

- Describir la forma como los empleados desarrollan la actividad laboral que genera la lumbalgia.

- Establecer si la población estudiada tienen algún conocimiento de este síntoma.

- Identificar los factores ocupacionales relacionados con la aparición de dolor lumbar en la empresa de Brasilia.

- Establecer si los afectados con lumbalgia reciben tratamiento médico y/o fisioterapéutico.

- Describir factores de riesgos relacionados con postura y puesto de trabajo que inciden en la aparición de alteraciones músculo-esquelética que conlleva a la lumbalgia mecánica.

5. PROPÓSITO

El propósito del presente trabajo se centra en la obtención de información que permita aportar conocimiento en el control de los factores de riesgo a los que la población de conductores estén expuesto con el fin de contribuir a los controles que sean necesarios para evitar la aparición de este síntoma, el dolor lumbar, en aquellos que aún están a tiempo o detener el progreso y por ende las consecuencias en la vida personal y laboral de esta importante comunidad.

6. MARCO TEORICO

6.1 EXPRESO BRASILIA S. A.

Es una de las empresas de transporte terrestre de la ciudad de Barranquilla, que se perfila como la de mayor cobertura e importancia, orgullo de la costa norte y gran pilar del progreso de esta zona del país y del estado entero, la cual ha traspasado la fronteras nacionales haciendo presencia en países hermanos facilitando el intercambio, las relaciones y el comercio.

6.1.1 Reseña Histórica

Esta empresa fue fundada el 4 de agosto de 1961 bajo esquemas de comodidad, rapidez, seguridad, y cumplimiento, con bases nuevas, actualizados, dotados de buenos servicio que hacían honor a su eslogan "Brasilia lo moderno en transporte".

Fueron nueve (9) buses que iban de Barranquilla a Cartagena todos los días. Seis (6) años después fueron trescientos cincuenta (350) los que viajaban por toda la Costa Atlántica hasta Bogotá y Medellín. Recorre desde entonces diariamente todas las carreteras troncales hasta llegar a convertirse en la empresa con mayor cobertura territorial.

Desde 1999 se implementan las rutas internacionales desde Cartagena y Barranquilla hasta Caracas. También fue moderna, como lo es ahora, por la decisión de sus inspiradores, quienes desde el principio decidieron incorporar de manera permanente los mejores adelantos en equipos, servicios y atención para sus clientes. El liderazgo en el transporte de pasajeros, es el resultado de la adaptación permanente al cambio en los esquemas comerciales operativos y administrativos para lograr los más altos niveles de calificación en la industria del transporte, no obstante, sus valores siguen siendo los mismos de siempre: honestidad, confianza, creatividad, respeto por las personas y compromiso de servicio.

6.1.2 Misión

La empresa Expreso Brasilia S. A. tiene como misión:
"Somos una empresa de transporte terrestre de pasajeros y encomiendas. Que presta un servicio con seguridad y cumplimiento. Para satisfacer las necesidades de nuestros clientes. Buscando el desarrollo y el bienestar del recurso humano y el accionista."

6.1.3 Visión

La visión la declaran de la siguiente manera:
"Lideres en el servicio de transporte terrestre de pasajeros. Con cobertura nacional e internacional y un moderno equipo automotor. Una organización dinámica basada en sus principios y valores, con un recurso humano comprometido."

6.2 ANATOMIA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

La columna vertebral es una estructura mecánica que sostiene al individuo desde el día que nace y durante toda su vida, ésta desafía la gravedad o cuando menos se encuentra en equilibrio con esta ya que sostiene al individuo al estar de pie o sentado y le permite flexionarse, inclinarse, agachase, girar y funciona en muchas otras formas durante las actividades cotidianas.

Al nacer, las personas no presentan curvaturas de la columna, un recién nacido muestra una curva total, éstas se desarrollan con el crecimiento. A medida que el niño madura aparece la curva lordótica primero, poco a poco cuando se adopta la posición erecta la columna lumbar desarrolla una lordosis.

La columna vertebral está constituida por vértebras óseas, discos fibrocartilaginosos, que están íntimamente conectados por fuertes ligamentos y apoyados por masa músculo tendinoso, se compone por 33 elementos óseos. El segmento lumbar del raquis comprende desde la columna dorso lumbar (D12 –L1) hasta la lumbosacra (L5-S1) este segmento lo integran 5 vértebras lumbares que se dividen en elementos anteriores y posteriores[10]. Los elementos anteriores abarcan los cuerpos vertebrales y los discos intervertebrales distribuyendo la fuerza de compresión axial, los elementos posteriores son las láminas, las articulaciones interapofisiaria, las apófisis transversas y las apófisis espinosas[11].

6.3 LUMBALGIA

La lumbalgia no es más que una manifestación de dolor a nivel de la región lumbar se atribuye a alteraciones estructurales sobre cargas o posturas inadecuadas de los elementos que conforman la columna lumbar como son ligamento, músculos, discos vertebrales.

Hay algunas enfermedades que pueden causar, lumbalgia y de hecho lo hacen como son los problemas renales, gástricos, pancreáticos e intestinales, algunos padecimientos malignos y otras alteraciones óseas metabólica y generalizada, estos trastornos siempre deben considerarse cuando la lumbalgia no tiene las

[10] SERRA, María. Fisioterapia en Traumatología Ortopedia y Reumatología. Barcelona 1997 P 293
[11] RUCKER, Karen. Dolor Lumbar. Enfoque del Diagnostico y el Tratamiento Básico en los Síntomas

características habituales se acompañan de otros síntomas, tienen una persistencia poco común o no responden al tratamiento ordinario[12]

Los síntomas que se pueden presentar son, dolor lumbar que empeora con los movimientos, se relaciona con las posturas que habitualmente aumenta tras permanecer largo tiempo sentado que puede mejorar al caminar.

Según su tiempo de evolución la lumbalgia puede ser aguda, esta es la etapa inicial en donde el dolor se define como "vivo y penetrante" de presentación rápida que se acompaña de limitación funcional después de una actividad o posición desencadenando una postura y marcha antálgica. La subaguda, tiene una duración aproximadamente de uno a tres meses como máximo.

La lumbalgia crónica es la fase mas prolongada su persistencia supera los tres meses, el dolor que se presenta nunca desaparece completamente aunque pueda variar la intensidad duración y sitio de dolor se puede decir, que la persona se habitúa a vivir con ella. Solo existe postura y marcha antálgica si hay presencia de otra patología asociada como hernia discal. El dolor que se presenta es moderado con una larga duración aproximadamente de más de tres meses, sus causas pueden ser lesiones del disco intervertebral, herniaciones, protusión de núcleos, mala higiene postural, artrosis, sobrecarga y movimientos bruscos.

6.3.1 Clasificación de la lumbalgia

- **Lumbalgia no Mecánica**

Tiene una duración de aproximadamente dos (2) semanas y se debe a trastornos que inducen dolor a la región lumbar, la mayoría de las causas son enfermedades. El dolor que se presenta es severo e intenso. Esta puede ser producida por tumores metastáticos, enfermedades reumatoides, dolor referido, infecciones, neoplasias, trastornos endocrinos y metabólicos.

- **Lumbalgia Mecánica**

En donde el dolor es inespecífico y se localiza generalmente en la parte inferior de la espalda sin irradiarse a los miembros inferiores, se atribuyen a alteraciones estructurales de los elementos que conforman la columna lumbar, alteraciones biomecánicas de los elementos vertebrales provocando un desequilibrio con sobrecarga de algunas estructuras músculo ligamentosas sobreviniendo el dolor mecánico[13].

[12] CAILLET, Rene. Lumbalgia. Mexico D.F 1997
[13] BEDOYA, Jairo. Tribuna Médica. Vol. 102 Nº 9 Año 2002, p. 38

6.3.3 FACTORES DE RIESGO

En el ambiente de trabajo influye tanto las características físicas y psicológicas del trabajador y aspectos relacionados con su formación como el entorno que se lleva a cabo la actividad laboral[14]

Estos aspectos pueden influir en forma determinada en la tarea que realiza el trabajador, los principales factores de riesgos a los que los conductores pueden estar sometidos son:

- ✓ Físicos (ruido, iluminación y temperatura)
- ✓ Químicos (polvos, humos de combustión)
- ✓ Biológicos (consumos de alimentos en condiciones irregulares)
- ✓ Ergonómico (posturas inadecuadas)
- ✓ Psicosociales (estrés inestabilidad laboral)
- ✓ De seguridad (orden y aseo, irregularidades y falta de señalización)
- ✓ Físico químico (polvos orgánicos)
- ✓ Mecánicos (movilización de materiales de forma manual)
- ✓ Públicos (delincuencia y desorden público)

Hay que tener en cuenta la categoría de conductor, así por ejemplo tenemos las personas que conducen su propio vehículo o conductor privado; la persona que es contratada para conducir carro privado, el conductor de vehículo de servicio público, de recorrido corto, el de largos trayectos, en algunas empresas son denominados titulares y de relevos, etc.

En nuestro estudio se ha tenido en cuenta aquellos conductores de largas rutas por consideran que son los de mayor exposición y a los que deseamos contribuir por el conocimiento aquí generado porque es una población bastante numerosa a la que no se le ha dedicado la suficiente atención pero que son importantes para el bienestar y la economía de los colombianos.

---

[14] GÓMEZ, Conesa. Artículo Factores Posturales Laborales de Riesgos para la Salud. Revista de Asociación Española de Fisioterapia. 2002, p. 28

6.4 ERGONOMÍA

Es una disciplina muy amplia que se puede abordar desde muchas profesiones, cada una de las cuales le da su toque particular. El termino de ergonomía (o factores humanos) está basado en los términos griegos "ergon" (trabajo) y "homos" (leyes).

La ergonomía integra leyes o conocimientos derivado de las ciencias humanas, en particular la anatomía, la fisiología y la psicología; que determina que también los seres humanos, interactúan con la maquina y con el ambiente de trabajo. Su premisa es la de ajustar el trabajo a la persona sin obligar al trabajador a ajustarse al trabajo, pero de otro lado también implica adecuar a la persona al trabajo en termino de entrenamiento y educación a través de los cuales el conociendo, las habilidades y las destrezas necesaria para la ejecución pueda ser adquiridas. El uso de los principios de ergonomía genera confort, salud, seguridad y eficiencia en los trabajadores[15]

El estrés ocupacional y los riesgos ocupacionales son condiciones de trabajo que pueden llevar a lesiones y desordenes músculos esqueléticos, como los puestos de trabajo pobremente diseñados pueden causar síntomas severos como el dolor, generando reducción en la productividad del trabajador, perdida de tiempo de trabajo, incapacidad temporal o permanente.

Uno de los problemas de salud ocupacional más antiguas y reconocido en el mundo son las lesiones de espalda, el dolor de espalda involucra daños en los músculo, ligamentos y o tendones; estos problemas están relacionados con el trabajo debido a condiciones ergonómicas pobres, si no son prevenida o tratadas a tiempo, resultan en estado de salud deteriorado y en sufrimiento innecesario, así como en costos elevadas para la persona afectada, para el empleador y eventualmente para la economía[16]

Adoptar los principios básicos de ergonomía puede generar la disminución de lesiones y enfermedades ocupacionales, ausentismo, costos médicos y un incremento en los resultados productivos y la calidad de trabajo.

6.4.1 ERGONOMÍA EN LA CONDUCCIÓN

El concepto de conductor profesional abarca a todas las personas cuyo trabajo les exige pasar la principal parte del tiempo conduciendo un vehículo de motor en la

[15] GAMBOA, José Ignacio. Artículo Ergonomía o Factores Humanos en Nuestros Puestos de Trabajo.- Revista Asociación Colombiana de Protección y Seguridad. Febrero 2001, p. 32
[16] Ibíd., p. 24

circulación pública[17]. Manejar impone al conductor a exigencias físicas y mentales, por su seguridad y por la de los demás usuarios de las carreteras, el conductor debe reunir tan buenas condiciones para viajar como su vehículo; pocos realizarían un viaje largo con un vehículo en mal estado pero muchos realizaran viajes sin estar en buenas condiciones físicas[18]. A medida que el trafico aumenta, sobre todo en las ciudades, se evidencia la necesidad de que el conductor goce de todas sus facultades físicas y mentales para actuar eficazmente.

Las molestias osteomusculares no traumáticas en general y en especial la lumbalgia es uno de los principales problemas que aquejan a los conductores produciendo un efecto negativo en la salud del trabajador, por ello, es necesario llevar a cabo medidas preventivas evaluando el puesto de trabajo para así disminuir la incidencia de estas lesiones lumbares.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARQUISIMETO

[17] Artículo Carga y Fatiga de los Conductores Profesionales, Revista Asociación Colombiana de Protección y Seguridad, 1998, p. 45.
[18] Art. Ergonomía en la Conducción Revista Asociación Colombiana de Protección y Seguridad. 1999, p. 21

control de elementos, se clasifican en: física, química, mecánica, consecutiva, eléctrica, ergonómico, psicosociales y biológicas.

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Este tipo es descriptivo transversal ya que se realizó una evaluación en un momento dado, período de Julio del 2004 a Junio de 2005.

7.2 POBLACION

La población fueron los conductores pertenecientes a la empresa Expreso Brasilia S. A.

7.3 MUESTRA

La muestra fue de ciento setenta (170) trabajadores pertenecientes al área de conducción de la Empresa Expreso Brasilia S.A. cuyos criterios de inclusión fueron ser conductores de largas rutas y participar voluntariamente en el estudio.

7.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes Primaria : La fuente de información es de tipo primaria, es decir, a través de un formato del instrumento fisioterapéutico aplicado de forma directa a los conductores de buses de la Empresa Expreso Brasilia, objeto de estudio.

7.5 VARIABLES

DEPENDIENTE: Lumbalgia

VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de riesgos ergonómicos

7.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	INDICE
LUMBALGIA	ANTECEDENTES PERSONALES	Esguince de cadera Fractura de cadera Fractura de columna Hernias discales Lesiones traumáticas en la espalda Otras Ningunas
	ANTECEDENTES FAMILIARES	Artritis Artrosis Osteoporosis Ninguno
	EXAMEN PREVIO AL INGRESO COMO CONDUCTOR	Si No
	TIEMPO HACE QUE PRESENTA ESTE DOLOR (MESES)	<1 1-3 3-6 >6
	TIPO DE DOLOR	Continuo Intermitente Ocasional
	CAUSA DEL DOLOR	Esfuerzo Movimiento Postura Toser Estornudar Estrés
	AUMENTO DEL DOLOR	Reposo Durante la actividad laboral A los cambios de posición
	DISMINUICIÒN DEL DOLOR	Reposo Durante la actividad A los cambios de posición Al ingerir analgésico
	TRATAMIENTO MÉDICO POR DOLOR LUMBAR	Si No
	TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO POR SU DOLOR	Si No
	TRABAJOS PREVIOS A INGRESAR COMO CONDUCTOR	Conductor Comerciante Carga y descarga Otros Ninguno
	TIEMPO VINCULADO COMO CONDUCTOR EN LA EMPRESA.	<1 1-3 4-6 7-9 10-12 13-15 16-18 19-20 >20
	DISPONIBILIDAD PARA LA EMPRESA (EN HORAS)	1-3 4-6 7-9 10-12 >12

RIESGO ERGONÒMICO	HORAS CONTINUAS SENTADO PARA REALIZAR EL TRABAJO	1-3 4-6 7-9 10-12 >12
	HORAS CONTINUAS CONDUCIENDO	<2 3-5 5-7 7-9 10-12
	ACTIVIDAD EXTRALABORAL	Si No Cual
	CONOCIMIENTO DE LA PATOLOGÍA	Si No
	PROGRAMA PREVENTIVO (ARP)	Si No

7.7 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

7.7.1 Recursos Financieros

CONCEPTO	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
TRASPORTE	1000	200	200.000
TRANSCRIPCIONES	800	200	160.000
PAPELERIA	50	250	12.500
FOTOCOPIAS	70	300	21.000
DISCKET	1200	6	7.200
INTERNET	1500	35	52.500

7.5.2 Recursos Humanos. Cinco estudiantes del último año de la facultad de fisioterapia de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar.

Una asesora de investigación, docente perteneciente a la facultad de Fisioterapia de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar.

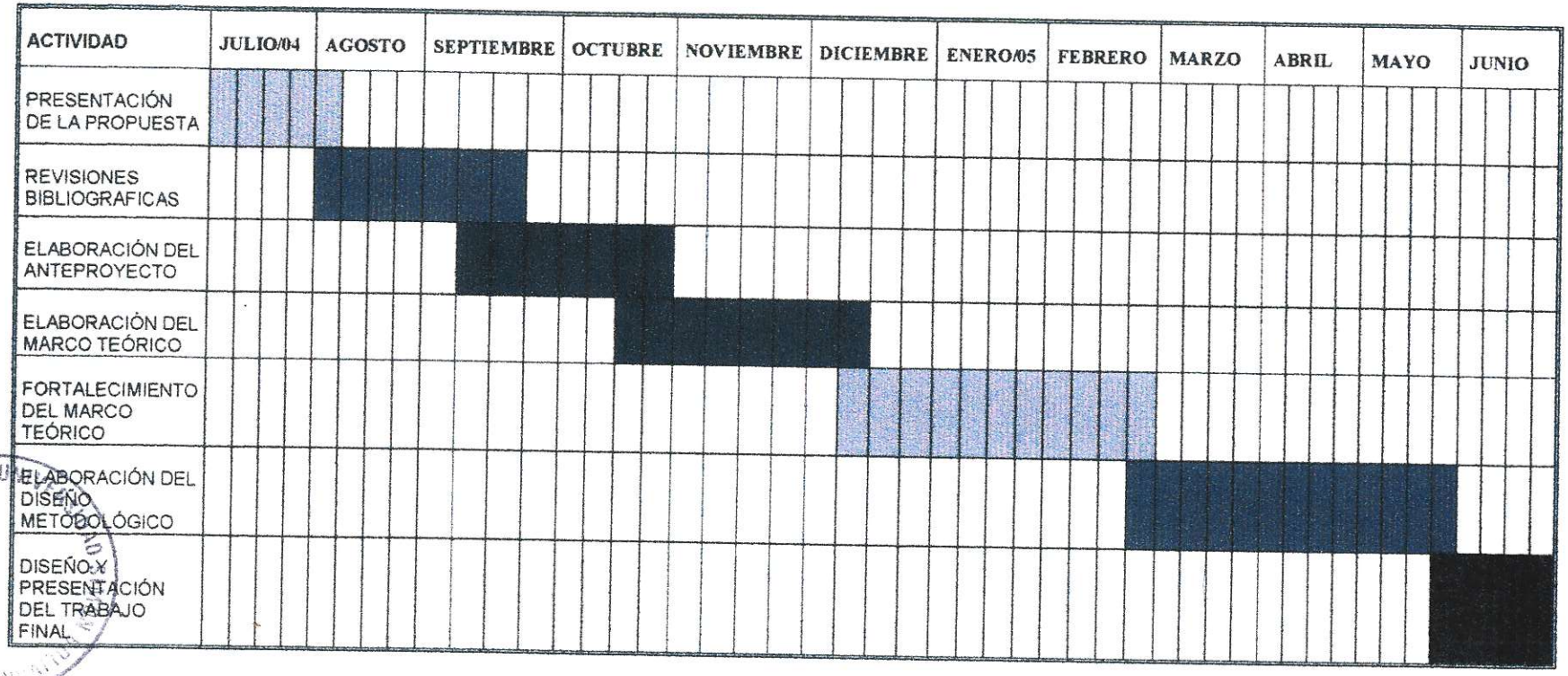
7.5.3 Recursos Materiales

Biblioteca José Marti de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, Hemeroteca Anita Bolívar de Consuegra de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, Servicio Internet, Empresa Expreso Brasilia S.A.

7.5.4 Limitaciones y Diferencias. Para el grupo de investigación hasta el momento no existió ningún tipo de limitación y diferencia, puesto que coordinaban el tiempo de práctica y las horas de estudio en la Facultad con la toma de datos para la presente investigación.

INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL EN LOS EMPLEADOS DEL ÀREA DE CONDUCCIÒN EN LA EMPRESA EXPRESO BRASILIA S. A. DE JULIO DEL 2.004 A JUNIO DEL 2005.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



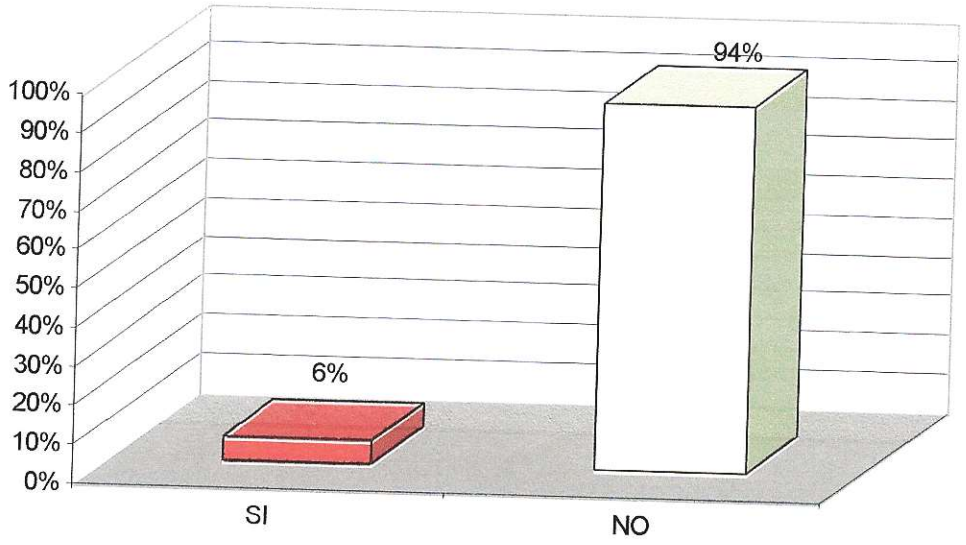
8. PRESENTACIÒN DE RESULTADOS

TABLA 1. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del àrea de conducciòn en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según los antecedentes personales.

ANTECEDENTES PERSONALES	No. Frecuencia	%
SI	10	6%
NO	160	94%
TOTAL	170	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 1 Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del àrea de conducciòn en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según los antecedentes personales.



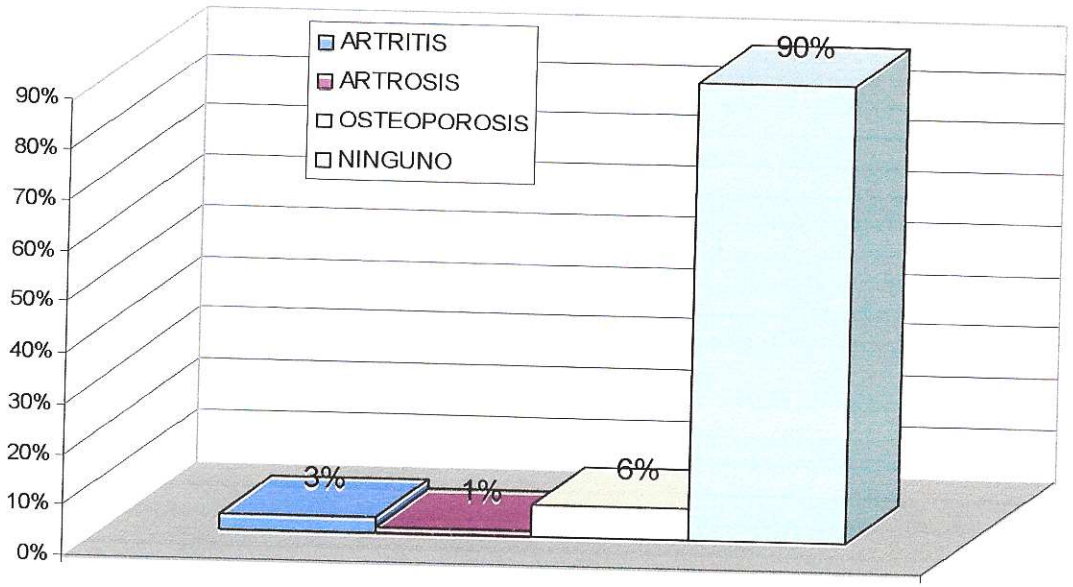
Análisis de los resultados tabla y grafica No.1 según la encuesta realizada a los ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. se concluye que el 6% de la población presenta antecedentes personales y el 94 % no presenta.

TABLA 2. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del àrea de conducciòn en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según los antecedentes familiares.

ANTECEDENTES FAMILIARES	Frecuencia No.	%
ARTRITIS	6	3%
ARTROSIS	1	1%
OSTEOPOROSIS	10	6%
NINGUNO	153	90%
TOTAL		100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICO 2. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del àrea de conducciòn en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según los antecedentes familiares.



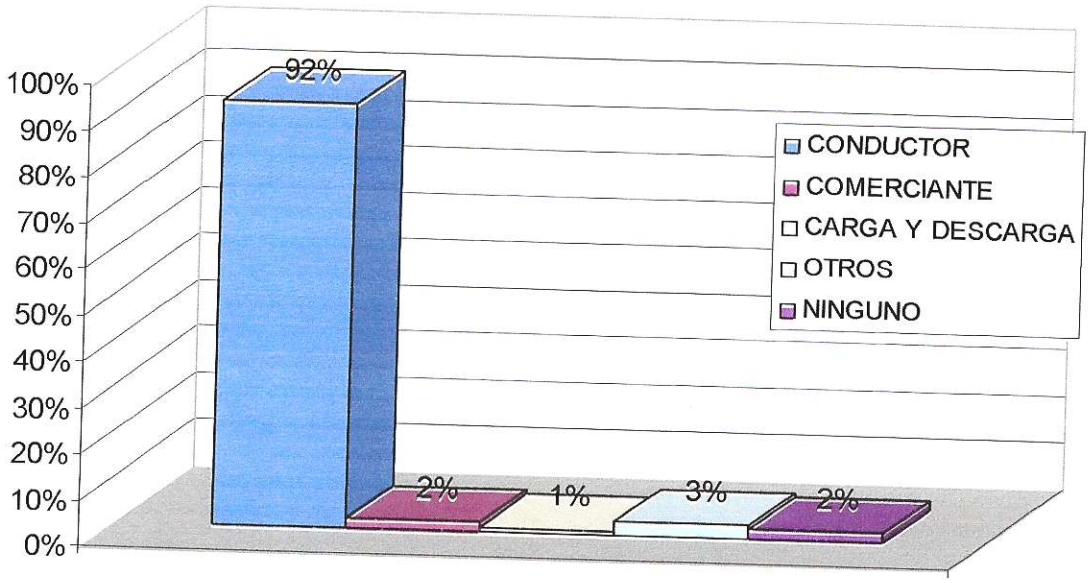
Análisis de los resultados tabla y grafica No.2 según la encuesta realizada al ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 90% de la población no presenta antecedentes personales y el 10% si presenta

TABLA 3. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del àrea de conducciòn en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según el trabajo realizado antes de ingresar a la empresa.

TIPO DE TRABAJO REALIZADO ANTES DE INGRESAR A LA EMPRESA	FRECUENCIA No	%
CONDUCTOR	156	92%
COMERCIANTE	3	2%
CARGA Y DESCARGA	2	1%
OTROS	5	3%
NINGUNO	4	2%
TOTAL		100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 3. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del àrea de conducciòn en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según el trabajo realizado antes de ingresar a la empresa.



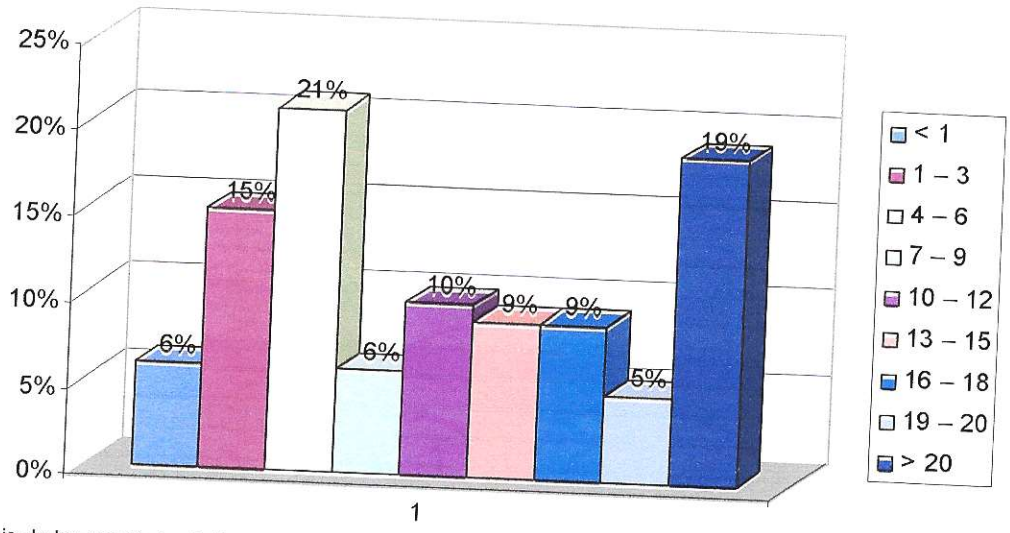
Análisis de los resultados tabla y grafica No.3 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 92% de la población el trabajo que realizaban antes de ingresar a la empresa era de conducción y el 8% restante se desempeñaba en otro tipo de actividades laborales

TABLA 4. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del àrea de conducciòn en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según el tiempo vinculado a la Empresa (Años).

Tiempo Vinculado a la Empresa	Frecuencia No.	%
< 1	9	6%
1 – 3	25	15%
4 – 6	36	21%
7 – 9	10	6%
10 – 12	17	10%
13 – 15	16	9%
16 – 18	16	9%
19 – 20	8	5%
> 20	33	19%
TOTAL	170	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GAFICO 4. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según el tiempo vinculado a la Empresa (Años).



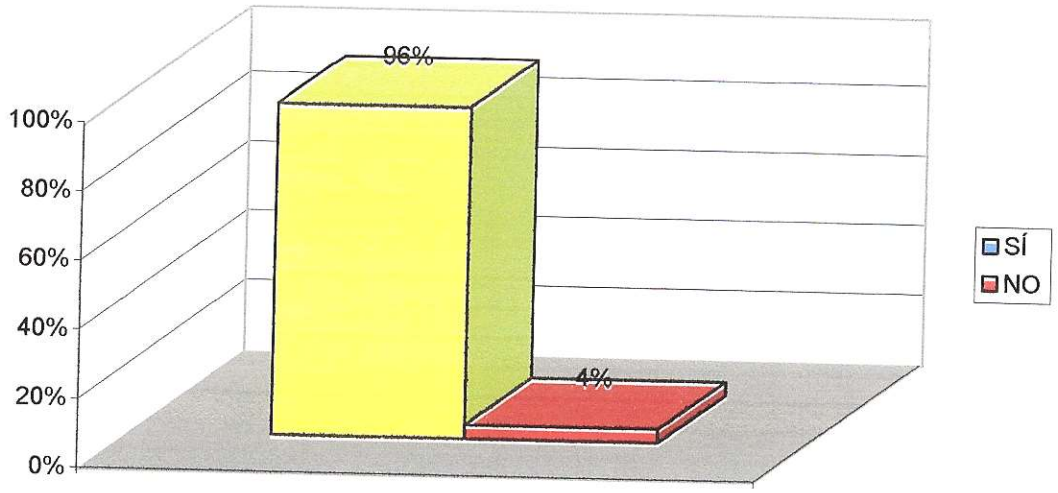
Análisis de los resultados tabla y grafica No.4 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 21% de la población el tiempo vinculado a la empresa era de 4-6 años, el 19% > 20, 1-3 años el 12% y el restante se encuentra entre los 7-20 años.

TABLA 5. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según si se le ha practicado examen físico para establecer su condición física antes de ser vinculado a la empresa.

Condición física antes de ser vinculado a la empresa	Frecuencia No.	%
SI	164	96%
NO	6	4%
TOTAL	170	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 5. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según si se le ha practicado examen físico para establecer su condición física antes de ser vinculado a la empresa.



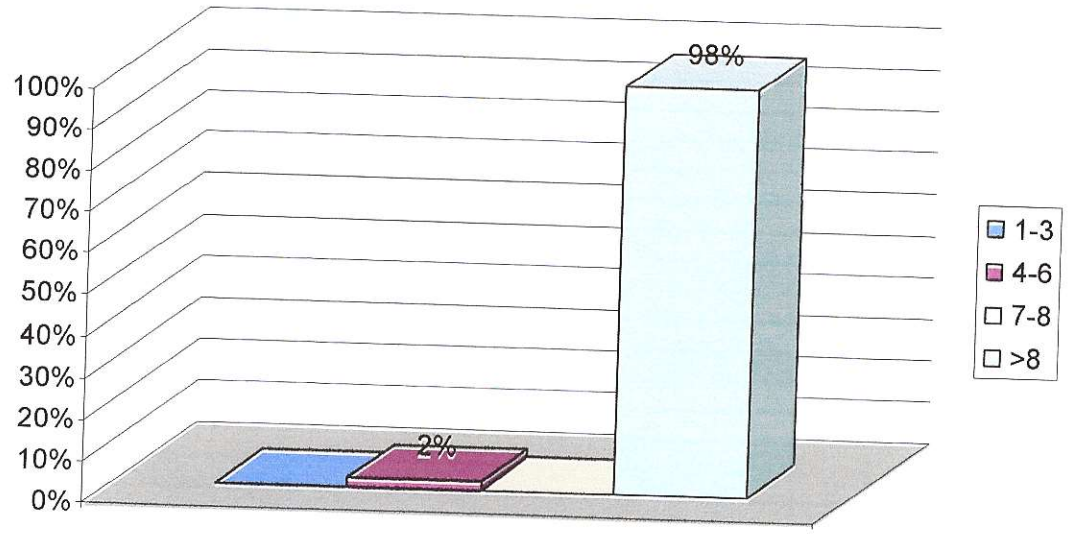
Análisis de los resultados tabla y grafica No.5 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 96% de la población se le realizó un examen previo antes de ingresar al puesto de trabajo y el 4% restante no se le practicó.

TABLA 6. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según horas al día disponibles para la empresa.

HORAS AL DIA DISPONIBLES PARA LA EMPRESA	FRECUENCIA No.	%
1 - 3		
4 - 6	3	2%
7 - 8		
> 8	167	98%
TOTAL	170	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 6. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del àrea de conducciòn en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según horas al día disponibles para la empresa



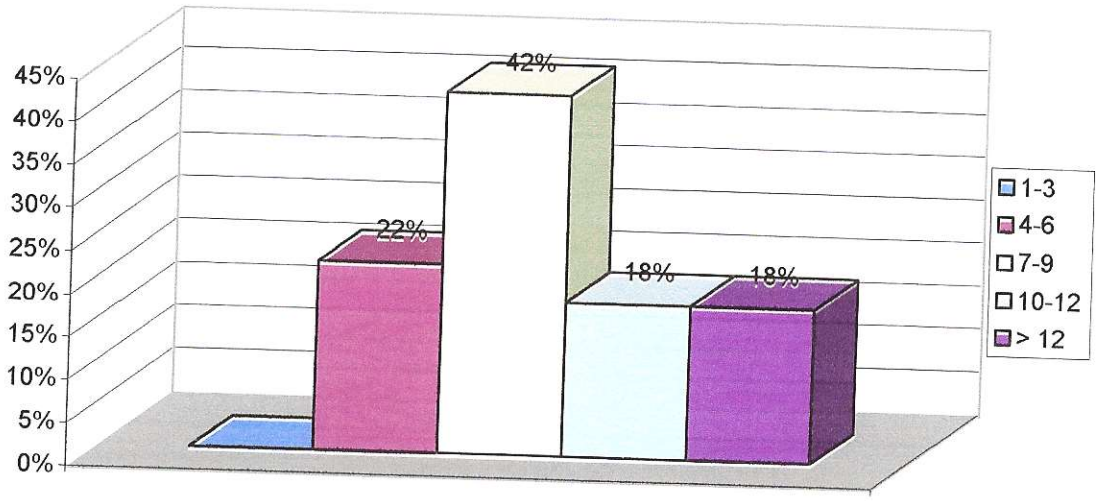
Análisis de los resultados tabla y grafica No.6 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 98% de la población está disponible para la empresa >8 horas y el 2 % restante entre 4-6 horas.

TABLA 7. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según cuántas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo.

CUÁNTAS HORAS CONTINUAS AL DÍA PERMANECE SENTADO PARA REALIZAR SU TRABAJO	FRECUENCIA No.	%
1 - 3		
4 - 6	38	22%
7 - 9	71	42%
10 - 12	31	18%
> 12	30	18%
TOTAL	170	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 7 Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según cuántas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo



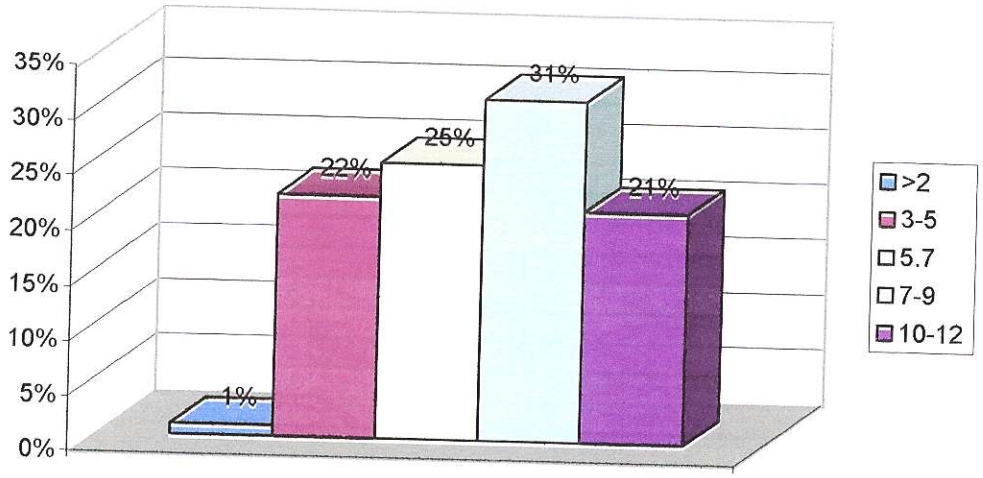
Análisis de los resultados tabla y grafica No.7 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 42% permanece sentado de 6-7 horas continuas para realizar su trabajo, el 22% entre 4-6 horas y el 36% restante entre 10-12 y >12 horas.

TABLA 8. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según horas continuas conduciendo.

HORAS CONTINUAS CONDUCIENDO	FRECUENCIA No.	%
< 2	1	1%
3 - 5	38	22%
5 - 7	42	25%
7 - 9	53	31%
10 - 12	36	21%
TOTAL	170	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 8 Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según horas continuas conduciendo



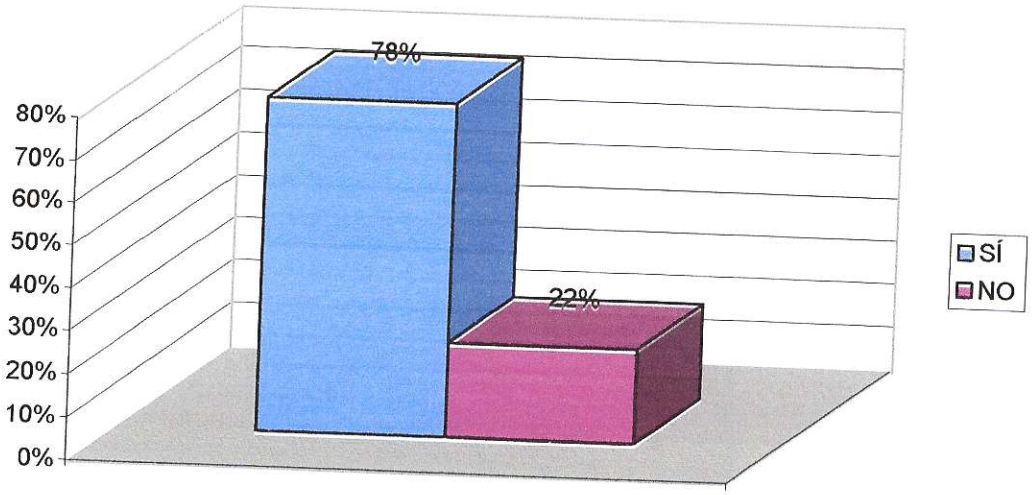
Análisis de los resultados tabla y grafica No.8 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 31% de la población conduce de manera continua entre 7-9 horas, el 25% entre 5-7 horas, el 21% entre 10-12 horas y el porcentaje restante entre 2-5 horas.

TABLA 9. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según como influye el estado de las vías sobre su dolor de espalda

COMO INFLUYE EL ESTADO DE LAS VÍAS SOBRE SU DOLOR DE ESPALDA	FRECUENCIA No.	%
SI	132	78%
NO	38	22%
TOTAL	170	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 9 Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según como influye el estado de las vías sobre su dolor de espalda



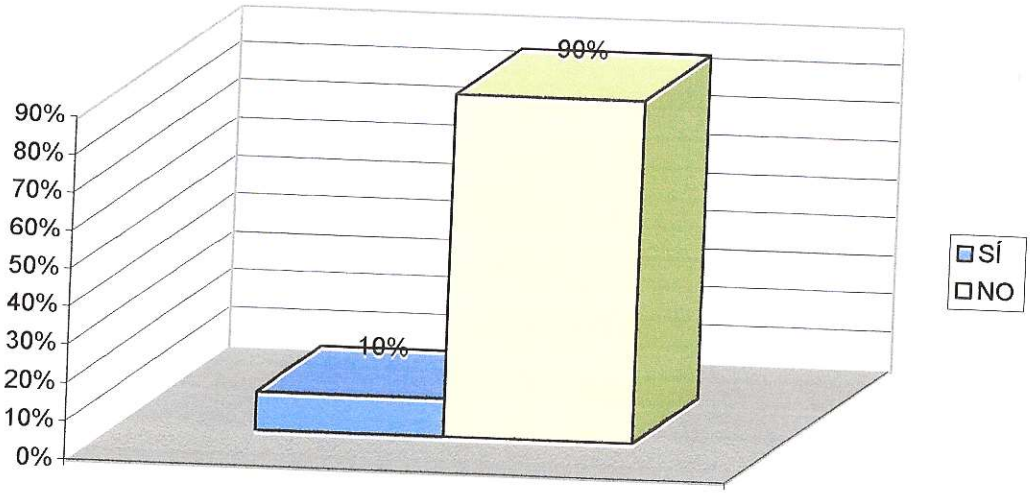
Análisis de los resultados tabla y grafica No.9 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 78% de la población opinan que el estado de las vías pueden influir en su dolor de espalda y el 22% opinan que no influye.

TABLA 10. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según además de laborar en la empresa que otra actividad realiza que le genere ingreso realiza usted

ADEMÁS DE LABORAR EN LA EMPRESA QUE OTRA ACTIVIDAD REALIZA QUE LE GENERE INGRESO REALIZA USTED	FRECUENCIA No.	%
SI	17	10%
NO	153	90%
TOTAL	170	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 10 Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según además de laborar en la empresa que otra actividad realiza que le genere ingreso realiza usted



Análisis de los resultados tabla y grafica No.10 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 90% de la población no realiza actividades extra laborales y el 10% restante si.

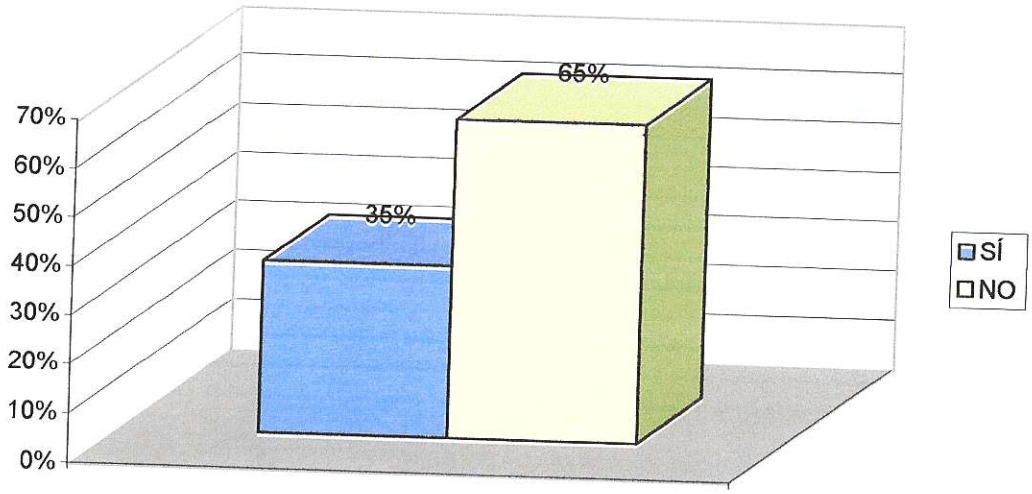
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

TABLA 11. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según presenta dolor de espalda

DOLOR DE ESPALDA	FRECUENCIA No.	%
SI	60	35%
NO	110	65%
TOTAL	170	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA No 11 Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según presenta dolor de espalda



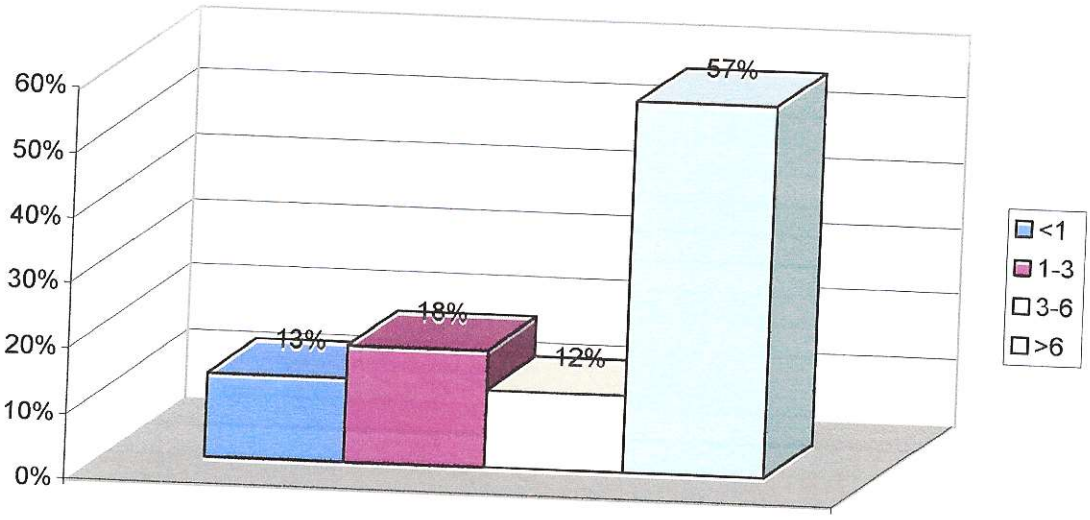
Análisis de los resultados tabla y grafica No.11 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 35% de la población presenta dolor lumbar mientras que el 65% no.

TABLA 12. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según cuánto tiempo hace que presenta este dolor

CUANTO TIEMPO HACE QUE PRESENTA ESTE DOLOR	FRECUENCIA No.	%
< 1	8	13%
1 - 3	11	18%
3 - 6	7	12%
> 6	34	57%
TOTAL	60	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 12 Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según cuánto tiempo hace que presenta este dolor



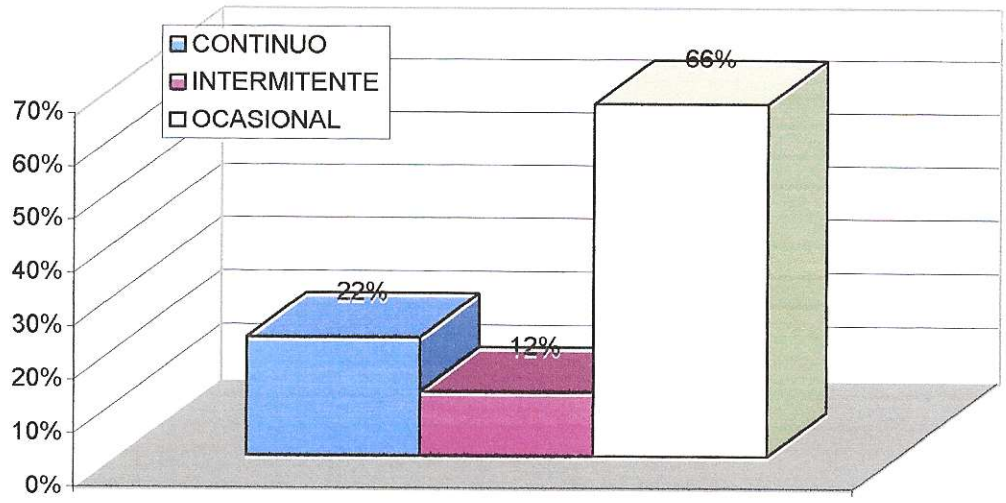
Análisis de los resultados tabla y grafica No.12 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 57% de la población presenta dolor lumbar con un tiempo >6 mese, el 8% entre 1-3 meses, el 13% <1 de un mes y el 12% restante entre 3-6 meses.

TABLA 13. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según tipo de dolor.

TIPO DE DOLOR	FRECUENCIA No	%
CONTINUO	13	22%
INTERMITENTE	7	12%
OCASIONAL	40	66%
TOTAL	60	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 13 Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según tipo de dolor.



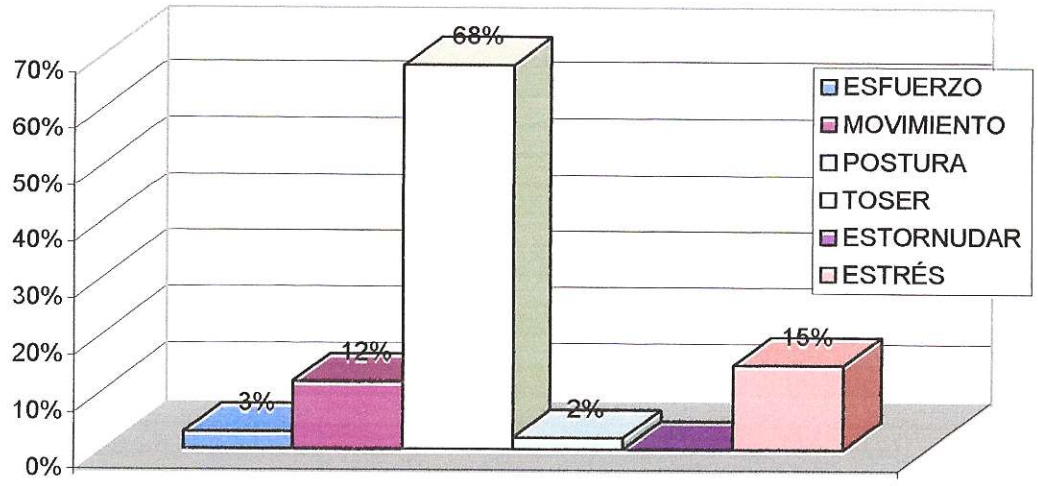
Análisis de los resultados tabla y grafica No.13 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 67% de la población presentó dolor ocasional, el 22% continuo y el 12% intermitente.

TABLA 14. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según origen del dolor.

ORIGEN DEL DOLOR	FRECUENCIA. No	%
ESFUERZO	2	3%
MOVIMIENTO	7	12%
POSTURA	41	68%
TOSER	1	2%
ESTORNUDAR		
ESTRÉS	9	15%
TOTAL	60	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 14 Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según origen del dolor



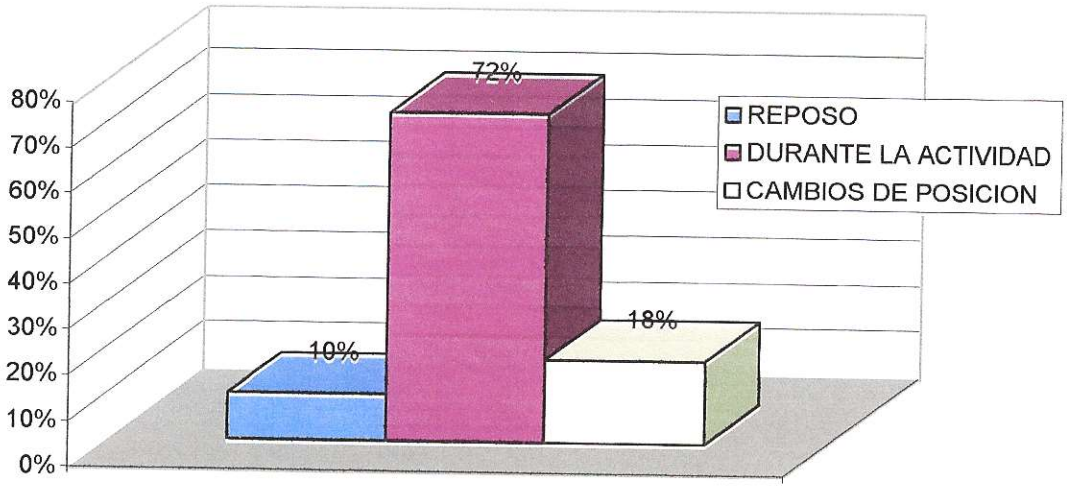
Análisis de los resultados tabla y grafica No.14 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 68% de la aparición del dolor lumbar se debe a la postura, el 15% al estres, el 12% restante al movimiento, al esfuerzo y al toser.

TABLA 15. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según el dolor aumenta.

DOLOR AUMENTA	FRECUENCIA No.	%
REPOSO	6	10%
DURANTE LA ACTIVIDAD	43	72%
CAMBIOS DE POSICION	11	18%
TOTAL	60	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES

GRAFICA 15 Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según el dolor aumenta.



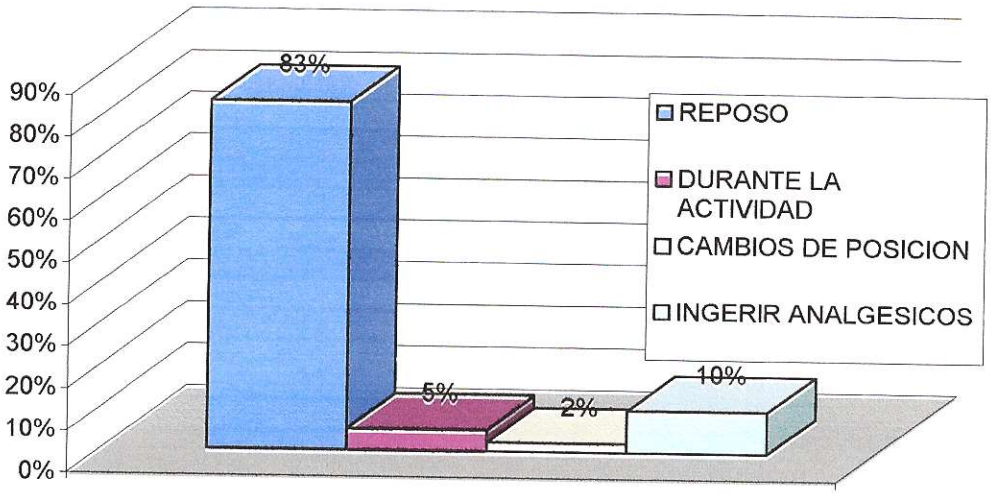
Análisis de los resultados tabla y grafica No.15 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que la causa del aumento del dolor lumbar se debe a la postura en un 72%, en un 18% a los cambios de posición y el 10% restante al reposo.

TABLA 16. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según el dolor disminuye

EL DOLOR DISMINUYE	FRECUENCIA No.	%
REPOSO	50	83%
DURANTE LA ACTIVIDAD	3	5%
CAMBIOS DE POSICION	1	2%
INGERIR ANALGESICOS	6	10%
TOTAL	60	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 16 Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según el dolor disminuye



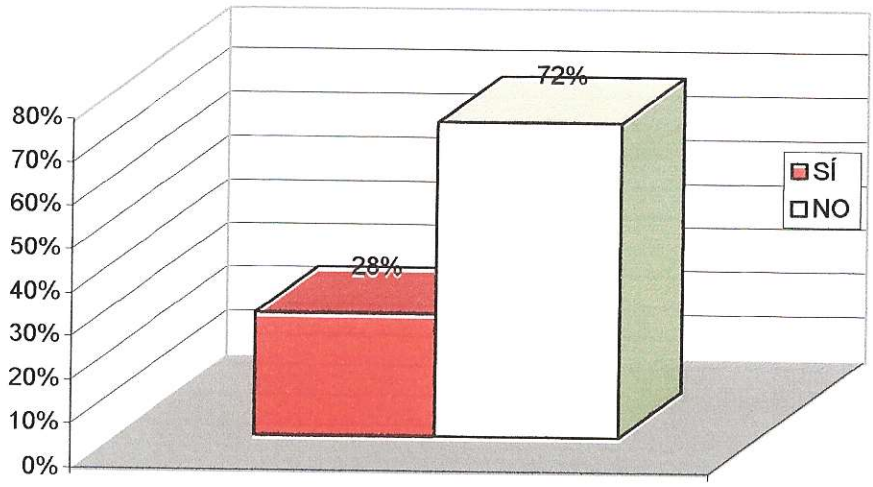
Análisis de los resultados tabla y grafica No. 16 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que un 83% de la población disminuye el dolor durante el reposo, el 10% al ingerir analgésico y el 7% restante durante la actividad y cambios de posición.

TABLA 17. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según el tratamiento médico

TRATAMIENTO MÉDICO	FRECUENCIA No.	%
SI	17	28%
NO	43	72%
TOTAL	60	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 17 Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según el tratamiento médico



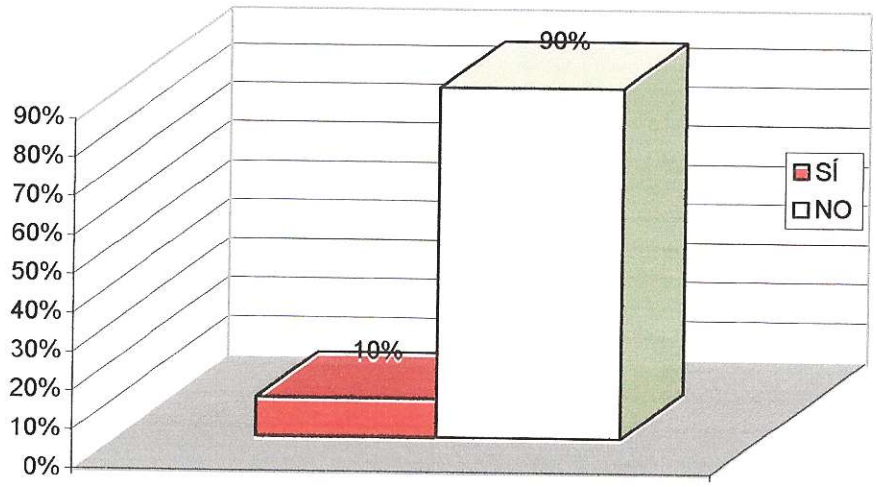
Análisis de los resultados tabla y grafica No. 17 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 72% de la población no recibe tratamiento médico y el 28% si.

TABLA 18. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según el tratamiento fisioterapéutico

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO	FRECUENCIA No	%
SI	6	10%
NO	54	90%
TOTAL	60	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 18 Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según el tratamiento fisioterapéutico



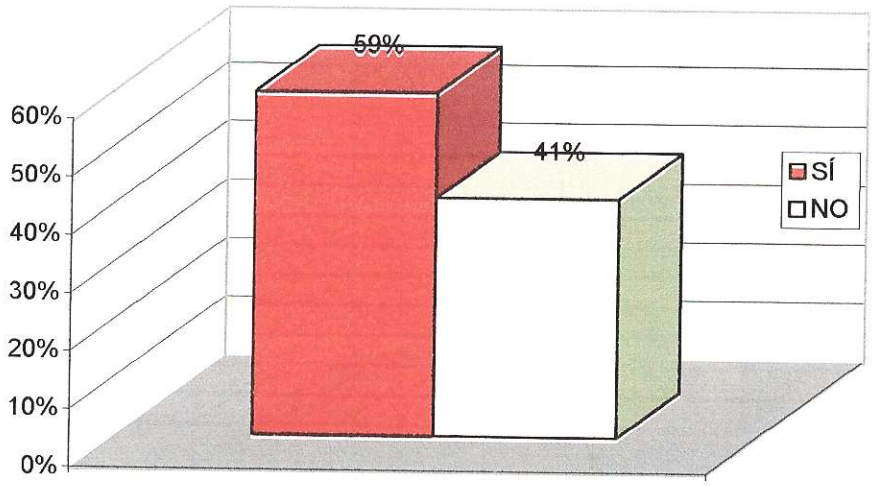
Análisis de los resultados tabla y grafica No.18 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 90% de la población no recibe tratamiento fisioterapéutico y el 10% si.

TABLA 19. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según sí conoce la patología.

CONOCE LA PATOLOGÍA	FRECUENCIA No	%
SI	100	59%
NO	70	41%
TOTAL	170	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CONDUCTORES.

GRAFICA 19 Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar facultad de Fisioterapia. Incidencia de la lumbalgia por factores de Riesgo Ocupacional en los empleados del área de conducción en la Empresa Expreso Brasilia S. A. de julio del 2004 a junio del 2005, según sí conoce la patología.



Análisis de los resultados tabla y grafica No.19 según la encuesta realizada a lo ciento setenta (170) trabajadores en el área de conducción en la Empresa Brasilia S.A. Se concluye que el 59% de la población conoce de la patología lumbar y el 41% no.

posición.

- El 72% no recibe tratamiento médico y el 28% si.
- El 92 no recibe tratamiento fisioterapéutico y el 8% si.
- El 59% conoce de la patología lumbar y el 41% no.

10. RECOMENDACIONES

Es importante destacar que la Empresa Expreso Brasilia S. A., se ha destacado en el país por adquirir las más modernas carrocerías para sus buses. Esto incluye las mejores condiciones ergonómicas que el mercado brinda para minimizar el riesgo de lesiones en los conductores, pero existen otros factores que aún no han sido totalmente controlados de tal manera que el grupo investigador sugiere:

- Llevar a cabo medidas preventivas que eviten los potenciales en los factores de riesgo evaluando los puestos de trabajo para evitar lesiones lumbares.

- Permitir en el Programas de Salud Ocupacional la participación de un profesional en fisioterapia con el fin de ofrecer la mejor orientación en las lesiones del sistema osteomuscular, especialmente en la lumbalgia, esto incluye: información educativa al trabajador, programa de ejercicios específicos para la lesión, redistribución de horas trabajo, etc.

- Las investigadoras recomiendan a los conductores:

  Aprovechar los tiempos de descanso para realizar estiramientos suaves de todo el cuerpo y movimientos libres con los miembros superiores y con el tronco para reactivar los grupos musculares que han estado tensos y con poca movilidad durante la conducción.

  Proponerse tiempos de descanso en cama con la colocación de almohadas o cojines en la región poplítea para relajar la columna lumbar.

  Realizar ejercicios suaves de los miembros inferiores, apoyando los pies en cama y moviéndolos de un lado a otro, llevándolos al pecho, etc.

  Procurar manejar las situaciones de estrés para no somatizarlas.

BIBLIOGRAFIA

- Revista de ASCOFI Vol. XIV 1999.
- Revista de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIONY MEDICINA FISICA Vol. 37 del 2003.
- SERRA, Maria. Fisioterapia en Traumatología y Ortopedia. Barcelona. Editorial Springer. 1997.
- RUCKER, Karen. Dolor lumbar. MG GRAW- HILL 2003
- Revista de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FISICA Vol. 24 del 2004.
- Revista TRIBUNA MÉDICA Vol.102 No 9 2002.
- Revista de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACION Y MEDICA FISICA VOL. 44 de 1999.
- Revista ASOCIACION COLOMBIANA PROTECCION Y SALUD ENERO – FEBRERO 1999
- HERNANDEZ, Luis. Diseño de la investigación de ciencias de la salud y su fundamentos epistemológicos.1998.
- TAMAYO Y TAMAYO, Mario. Metodología formal de la investigación científica.1998
- TAMAYO Y TAMAYO, Mario. El proceso de la investigación científica. 1998.
- CAILLETT, René .Lumbalgia. Mexico D.F.El Manual Moderno.1997
- LEY 528 DEL 14 DE SEPTIEMBRE DE 1999
- LEY 100 DE 1993.
- <http//:elpais.caliterra.com.co/historia/julio.25/2004>

CONCLUSION

Según los datos obtenidos en el estudio de la patología lumbar que se realizo a los conductores que laboran en la empresa de transporte Brasilia S.A. de la ciudad de Barranquilla se concluye que el 35% sufren de dolor en la región lumbar.

El 63% del factor desencadenante en la patología lumbar es la postura, y el 15% el estrés; apareciendo el dolor de forma ocasional en un 67%, continuo del 22%, e intermitente de un 11%.

Por último hay que destacar que solo un 59% de la población trabajada tiene algún conocimiento de la patología lumbar y el 41% restante carece de este conocimiento.

Es también importante destacar que en un 81% de la población opinan que no se han implementado programas que les orienten en este síntoma.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ANEXOS

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGOOCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador:_____
Teléfonos fijo y celular:_____

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera____ Fx de columna____ Fx de cadera____
Hernias discales: Operado____ Lesiones traumáticas en espalda____ Donde___
No operado____
Otras____ Ninguno____

2. Antecedentes familiares.
Artritis:___ Artrosis:____ Osteoporosis_:___ Ningunos:____

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor_____ Comerciantes_____ Carga y descarga_____
Otros:____ Cuales:____ Ninguno:_____

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:_____ 4-6:____ 7-9:____ 10-12:___
13-15___ 16-18:____ 19-20:____ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si:____ No:____

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:____ 4-6:____ 7-8:____ >8:____

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:____ 4-6:____ 7-9:____ 10-12:____ >12:____

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<-2:____ 3-5:____ 5-7:____ 7-9:____ 10-12:____

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si.:___ No.:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si.___ No:____ Cual:____

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:____ No:____

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___.

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:____ Intermitente:____ Ocasional:___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___Toser:___ Estornudar:___ Strees:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:____ Durante la actividad laboral:____ A los cambios de posición:____

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:____ Durante la actividad:____ al cambiar de postura:____ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:____

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:____

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No:____

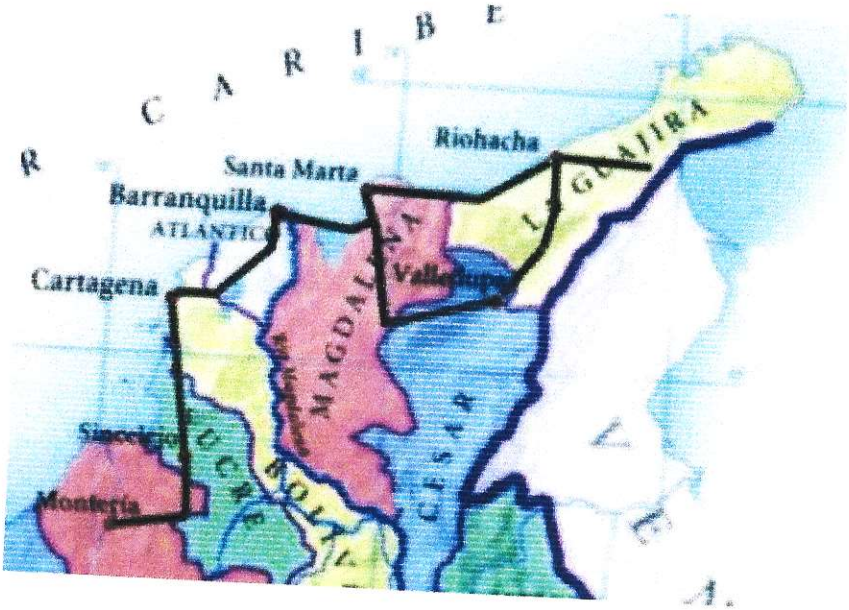
20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No:____

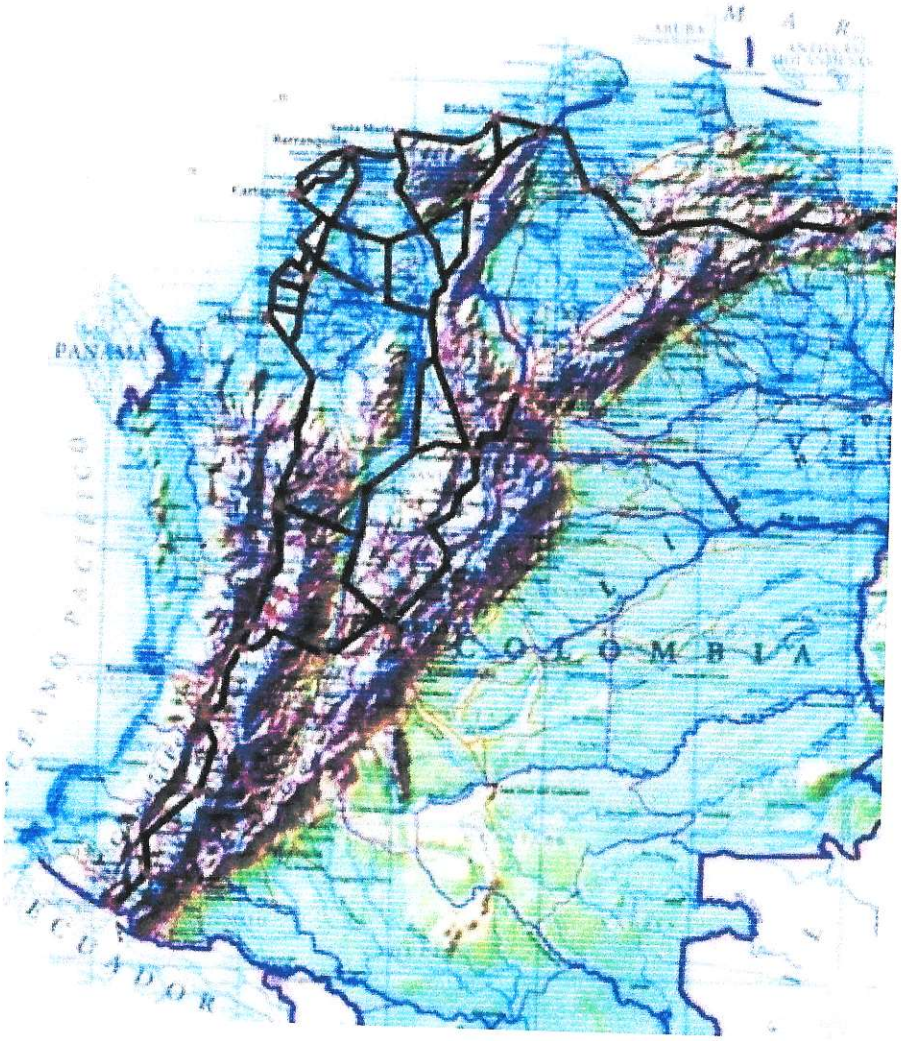
ENCUESTADOR:_____

ANEXOS

EXPRESO BRASILIA
SINCELEJO-MONTERIA
CIENAGA-STA MARTA

EXPRESO BRASILIA
SINCELEJO-MONTERIA
CIENAGA-STA MARTA
TELES 21992-23991


C A R I B E
Riohacha
Santa Marta
Barranquilla
ATLANTICO
Cartagena
Valledupar
MAGDALENA
CESAR
Sincelejo
SUCRE
BOLIVAR
Monteria


PANAMA
COLOMBIA
ECUADOR

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador Eduardo Carraño Vasquez
Teléfonos fijo y celular: 37 36008.

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado X Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno___

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No.:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: X 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente: X Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento: X Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición: X

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No X

ENCUESTADOR: Angelica Jaramillo

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Arturo naranjo
Teléfonos fijo y celular: 315 423 4824

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No.: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6 X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés: X

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION:
Nombre completo del trabajador: Juan Trillo B.
Teléfonos fijo y celular: _____

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: __ Fx de columna: ___ Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: __ Lesiones traumáticas en espalda: ___ Donde: __ No operado: ___
Otras: __ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: __ Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: __ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: __ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: __ 16-18: __ 19-20: X >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: __ 4-6: __ 7-8: __ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: __ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: __ 3-5: ___ 5-7: __ 7-9: X 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: __ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: __

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: __ 3-6: __ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: __ Intermitente: ___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: __ Movimiento: __ Postura: X Toser: ___ Estornudar: __ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: __ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: __ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: __ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: __

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: __ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Harold Ardila
Telefonos fijo y celular: 311 6710808

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno V

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: V

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor Y Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: Y 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingrese realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: V No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: V Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: Y

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador Jose L. Delgado Pietro
Teléfonos fijo y celular: 311 496 7224

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_: X Ningunos:___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3: X 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si.: X No.:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si.___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 X 1-3:___ 3-6:___ >6.___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: X Intermitente:___ Ocasional:___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento: X Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición: X

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Dunys Cantillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Rodolfo Dengifo
Telefonos fijo y celular: 323 2004

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No:___ Cual: Comerciante

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
1-3: X 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos: X

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: Sara Tenera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Cesar Osorio
Teléfonos fijo y celular: 310 362 9622

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: ___ Fx de columna: ___ Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: ___ Lesiones traumáticas en espalda: ___ Donde: ___ No operado: ___
Otras: ___ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: X Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No: ___ Cual: Taxi

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: X Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: X Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Sara Tejeda

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Alvaro Guzman
Teléfonos fijo y celular: 3116622924

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno_X_

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor___ Comerciantes___ Carga y descarga_X_
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15: X 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si:_X_ No:___

6. ¿Cuantas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:_X_ No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:_X_ No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: X Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: X Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura: X Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Sara Ternera.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Ivan Montaños
Telefonos fijo y celular: 315 742 3660

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera __ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :__ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes_____ Carga y descarga_____
Otros___ Cuales: ___ Ninguno:_____

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: ___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15 __ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:__

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6 X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador: Franklin Jacome
Teléfonos fijo y celular: _____

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Ademas de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6: X >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION
Nombre completo del trabajador: Horacio Huneba Flores
Teléfonos fijo y celular: 376 50 15

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: X 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: ___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 ___ 1-3: ___ 3-6: ___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: X Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Daniel Escorcia Bermejo
Teléfonos fijo y celular: 310 658 2033

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___ No operado___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15: X 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: Dunys Rentillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Marcos García Santos
Teléfonos fijo y celular: 311 5738090

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor ___ Comerciantes X Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: X 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: X Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: X Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: X Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: X al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algun programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Diuys Bantillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador Luis Moreno Gómez
Teléfonos fijo y celular 3245870

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ninguno: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor___ Comerciantes X Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20: X >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No.: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6 X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ X Intermitente:___ Ocasional:___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si___ No. X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Denys Cantillo M.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION:
Nombre completo del trabajador: Fernando Alfuve Garcia
Telefonos fijo y celular: 311 6653362

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: __ Fx de columna: __ Fx de cadera: __
Hernias discales: Operado: __ Lesiones traumáticas en espalda: __ Donde: __ No operado: __
Otras: __ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: __ Artrosis: __ Osteoporosis: __ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: __ Carga y descarga: __
Otros: __ Cuales: __ Ninguno: __

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: __ 1-3: __ 4-6: __ 7-9: __ 10-12: __
13-15: __ 16-18: __ 19-20: __ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: __

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: __ 4-6: __ 7-8: __ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: __ 4-6: __ 7-9: X 10-12: __ >12: __

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: __ 3-5: X 5-7: __ 7-9: __ 10-12: __

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: __

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: __ No: X Cual: __

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: __

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: X 3-6: __ >6: __

13. ¿Cómo es el dolor?
Contínuo: X Intermitente: __ Ocasional: __

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: __ Movimiento: __ Postura: X Toser: __ Estornudar: __ Estrés: __

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: __ Durante la actividad laboral: __ A los cambios de posición: X

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: __ al cambiar de postura: __ Al ingerir analgésicos: __

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: __ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: __ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: __

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No: __

ENCUESTADOR: Diego Castillo M.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Homberto Olivera S
Teléfonos fijo y celular: 315 7493940

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno V

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: V

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor V Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6: V 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Ovidio Paez torrez
Teléfonos fijo y celular: 310 610 9476

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___: Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3: X 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No.:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés: X

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: Denys Bontillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador: Juan Muñoz Sandoval.
Teléfonos fijo y celular: 315 721 77 63

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda X Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno___

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor___ Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros 1___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18: X 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6: X >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: X Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad: X al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Janin del C. Paz.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Yerid Gutierrez
Teléfonos fijo y celular: 343 0110

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: Fx de columna: Fx de cadera:
Hernias discales: Operado: Lesiones traumáticas en espalda: Donde: No operado:
Otras: Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: Artrosis: Osteoporosis: Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: Carga y descarga:
Otros: / Cuales: Ninguno:

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: X 4-6: 7-9: 10-12:
13-15: 16-18: 19-20: >20:

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: 4-6: 7-8: >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: 4-6: 7-9: 10-12: >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: 3-5: 5-7: 7-9: X 10-12:

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: No: X Cual:

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: 3-6: >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: Intermitente: X Ocasional:

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: X Movimiento: Postura: Toser: Estornudar: Estrés:

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: al cambiar de postura: Al ingerir analgésicos:

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No:

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: No: X

ENCUESTADOR: Janine del P. Pico.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Carlos Palacio
Teléfonos fijo y celular: 342 7638

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: Fx de columna: Fx de cadera:
Hernias discales: Operado: Lesiones traumáticas en espalda: Donde: No operado:
Otras: Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: Artrosis: Osteoporosis: Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: Carga y descarga:
Otros: Cuales: Ninguno:

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: 4-6: 7-9: 10-12: X
13-15: 16-18: 19-20: >20:

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: 4-6: 7-8: >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: 4-6: 7-9: 10-12: >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: 3-5: 5-7: X 7-9: 10-12:

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: No: X Cual:

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: 3-6: >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: Intermitente: Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: Movimiento: Postura: X Toser: Estornudar: Estrés:

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: al cambiar de postura: Al ingerir analgésicos:

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No:

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:

ENCUESTADOR: Sara Ternero.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Juan Esteban Alumada.
Teléfonos fijo y celular: 3116629791

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: ___ Fx de columna: ___ Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: ___ Lesiones traumáticas en espalda: X Donde: ___ No operado: X
Otras: ___ Ninguno: ___

2. Antecedentes familiares.
Artritis: ___ Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: ___ Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: X Cuales: Administrador Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No: ___ Cual: Chef

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1: ___ 1-3: ___ 3-6: ___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: X Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: X Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: X

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Sara Tenera A.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Ariel San Juan
Telefonos fijo y celular: 3153111902

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: ___ Fx de columna: ___ Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: ___ Lesiones traumáticas en espalda: ___ Donde: ___ No operado: ___
Otras: ___ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: ___ Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: X 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1: ___ 1-3: ___ 3-6: ___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: X Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: X

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: X al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: X No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Sara Ternera A.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Salomon Hernandez
Teléfonos fijo y celular: 315 736 71 00

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: ___ Fx de columna: ___ Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: ___ Lesiones traumáticas en espalda: ___ Donde: ___ No operado: ___
Otras: ___ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: ___ Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: X >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: X Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Luis Eduardo Gallardo
Telefonos fijo y celular: _____

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18: X 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No.:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: X 3-6:___ >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: BELKIS SARIEL

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Luis Jaramillo
Teléfonos fijo y celular: 3114375512

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabaja realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No:___ Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: X 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sarico

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Otoniel Gil Peña
Teléfonos fijo y celular: 315 7393421

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No:___ Cual: Comerciante

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patologia?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Edgar Carreño
Teléfonos fijo y celular: 3157152529

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente: X Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: X No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: BEIKIS SABIEL

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Reinaldo Loveolas
Teléfonos fijo y celular: 311 6557028

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: X 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: X 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: X >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: X Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: X Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Alvaro Zamudio Morales
Teléfonos fijo y celular: 3106260700

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: __ Fx de columna: ___ Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: __ Lesiones traumáticas en espalda: ___ Donde: ___ No operado: ___
Otras: __ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: __ Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: __ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1: __ 1-3: __ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: __ 16-18: __ 19-20: ___ >20: ___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: __

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: __ 4-6: __ 7-8: __ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: __ 4-6: __ 7-9: __ 10-12: X >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: __ 3-5: __ 5-7: X 7-9: __ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: __

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: __ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: __

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: __ 3-6: __ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: __ Intermitente: __ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: X Movimiento: __ Postura: __ Toser: __ Estornudar: __ Estrés: __

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: X Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: __

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: __ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: __ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: __

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: __ No: X

ENCUESTADOR: Sara Temera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Oscar Montoya
Teléfonos fijo y celular: 3158319548

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda X Donde baja No operado ___
Otras ___ Ninguno ___

2. Antecedentes familiares.
Artritis : ___ Artrosis: ___ Osteoporosis : ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: X 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3 ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: X Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: X

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Sara Tamara.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Oldiro Silva Rodriguez
Teléfonos fijo y celular: 3108815641

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: Fx de columna: Fx de cadera:
Hernias discales: Operado: Lesiones traumáticas en espalda: Donde: No operado:
Otras: Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: Artrosis: Osteoporosis: Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: Carga y descarga:
Otros: Cuales: Ninguno:

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: X 4-6: 7-9: 10-12:
13-15: 16-18: 19-20: >20:

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: 4-6: 7-8: >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: 4-6: 7-9: 10-12: >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: 3-5: 5-7: 7-9: 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: No.: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: No: X Cual:

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: 3-6: X >6:

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: Intermitente: Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: Movimiento: Postura: X Toser: Estornudar: Estrés:

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: Durante la actividad: al cambiar de postura: Al ingerir analgésicos: X

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: No: X

ENCUESTADOR: Sara Temera A.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Jaime Rojas
Teléfonos fijo y celular: 3003617520

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15 X 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permmece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición: X

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Sara Ternera A.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Javier Cardenas
Teléfonos fijo y celular: 323/444

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabaja realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor ___ Comerciantes ___ Carga y descarga X
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8. X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: X 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
1: X 1-3: ___ 5-6: ___ >6. ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: X Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: X

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Sara Ternera.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Juan Gutierrez Sanchez.
Teléfonos fijo y celular: 3249521

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 X 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser: X Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición: X

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: X No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Janine Paco Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: William Leal
Teléfonos fijo y celular: 300 816 17 66

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: Fx de columna: Fx de cadera:
Hernias discales: Operado: Lesiones traumáticas en espalda: X Donde: No operado:
Otras: Ninguno:

2. Antecedentes familiares.
Artritis: Artrosis: Osteoporosis: Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: Carga y descarga:
Otros: Cuales: Ninguno:

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: 1-3: X 4-6: 7-9: 10-12:
13-15: 16-18: 19-20: >20:

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: 4-6: 7-8: >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: 4-6: 7-9: 10-12: >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: 3-5: 5-7: 7-9: X 10-12:

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:

10. ¿Ademas de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: No: X Cual:

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: X 3-6: >6:

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: Intermitente: Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: Movimiento: Postura: Toser: Estornudar: Estrés: X

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: X Durante la actividad laboral: A los cambios de posición:

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: al cambiar de postura: Al ingerir analgésicos:

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No:

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:

ENCUESTADOR: Jasmine P. Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Hector Julio Vadillo
Teléfonos fijo y celular: 323 21 57

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor___ Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno: X

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1: X 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: X Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: Janeth P. Ramos

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Marco García
Teléfonos fijo y celular: 310 620 32 66.

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda_X_ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno___

2. Antecedentes familiares.
Artritis : X Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos:___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor_X_ Comerciantes_____ Carga y descarga_____
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:_____

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:_X_ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si:_X_ No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8:_X_

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12:_X_

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:_X_ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:_X_ No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No:_X_ Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:_X_ No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:_X_ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:_X_

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:_X_ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:_X_ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:_X_ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:_X_

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:_X_

19. ¿Conoce de la patología?
Si:_X_ No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algun programa para tratar este dolor?
Si:___ No:_X_

ENCUESTADOR: Janine Paola Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Freddy Medina Camacho.
Teléfonos fijo y celular: 320 6781.

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: ___ Fx de columna: X Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: ___ Lesiones traumáticas en espalda: ___ Donde: ___ No operado: ___
Otras: ___ Ninguno: ___

2. Antecedentes familiares.
Artritis: ___ Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: X 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: X Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: X Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Janeine P. Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Juan Carlos Martinez López.
Teléfonos fijo y celular: 310 60 84 059.

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera X
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno___

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No.:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si.___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6. X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: X Intermitente:___ Ocasional:___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si.___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Janeme Pico Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Antonio Bandera Olarte.
Teléfonos fijo y celular: 315 701 98 15.

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6: X >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Janine del V. Pico

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Carlos Lion
Teléfonos fijo y celular: 315 731 23 46

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: __ Fx de columna: ___ Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: ___ Lesiones traumáticas en espalda: ___ Donde: ___ No operado: ___
Otras: ___ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: ___ Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: X Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: X al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Jamith Pico Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Abel Rodrigues
Teléfonos fijo y celular: 315 712 1500

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 X 1-3:___ 3-6:___ >6:___.

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente: X Ocasional:___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento: X Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición: X

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Janine Paz Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Cesar Pereira Rueda.
Teléfonos fijo y celular: 374 94 50

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición: X

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: X No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Janine Pico Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Jose Cordero
Teléfonos fijo y celular: 315 6512828

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: X 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: [signature]

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Reinaldo Rueda Rueda
Teléfonos fijo y celular: 311 655 9028

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes_____ Carga y descarga_____
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:_____

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3: ___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15 X 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:____ >12:____

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:____ 10-12:____

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:____

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: X 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___ X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés: X

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:____

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:____ al cambiar de postura: X Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Diego Castillo M.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Nicolas Loaiza Arango
Teléfonos fijo y celular: 4566166 (Medellin)

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis : X Ningunos:___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3: X 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15 ___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día está disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3 ___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 X 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: X Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición: X

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Denys Castillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador Gustavo Cardenas
Teléfonos fijo y celular. 324 97 58

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18: X 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si.: X No.:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 X 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés: X

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador Luis Vargas
Teléfonos fijo y celular. _____

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: ___ Artrosis:___ Osteoporosis: X Ningunos:___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No:___ Cual: Comerciante

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: X 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Manuel Machacon
Teléfonos fijo y celular: 349 1930

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis : ___ Artrosis: ___ Osteoporosis X Ningunos: ___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No.: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: X

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION
Nombre completo del trabajador: Hector Juliao
Teléfonos fijo y celular: 3232757

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: X 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: X Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Hautho Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION
Nombre completo del trabajador: Janer Rodriguez.
Teléfonos fijo y celular: 310 6222533

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1:___ 1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés: X

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha- Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Juan Carlos Correa Guzman
Teléfonos fijo y celular: 311 6526122

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: ___ Fx de columna: ___ Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: ___ Lesiones traumáticas en espalda: ___ Donde: ___ No operado: ___
Otras: ___ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: ___ Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: X 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: X 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 X 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: X Intermitente: ___ Ocasional: ___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: X Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: X

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Diego Bautillo

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Enrique Hilion Ardila
Teléfonos fijo y celular: 3487124

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera __ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: X 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 ___ 1-3: ___ 3-6: ___ >6 X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: X

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Manuel Carbajal
Telefonos fijo y celular: 300 5563393

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: X >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuantas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2 ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: X 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No: ___ Cual: Comerciante

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 ___ 1-3: ___ 3-6: ___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: X Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Benigno Martinez
Teléfonos fijo y celular: 3157472406

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor___ Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno: X

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA

ENCUESTADOR: Sara Tomeva

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Augusto Castillo
Teléfonos fijo y celular: 310 6339083

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera__ Fx de columna____ Fx de cadera____
Hernias discales: Operado__ Lesiones traumáticas en espalda____ Donde___ No operado___
Otras__ Ninguno__X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :__ Artrosis:____ Osteoporosis_:___ Ningunos:__X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor__X__ Comerciantes_____ Carga y descarga_____
Otros:___ Cuales: ____ Ninguno:_____

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:____ 7-9:____ 10-12:___
13-15:__ 16-18:___ 19-20:__X__ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si:__X__ No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8:__X__

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:__X__ 7-9:___ 10-12:____ >12:____

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:__X__ 5-7:___ 7-9:____ 10-12:____

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:__X__ No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No:__X__ Cual:____

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:__X__ No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:__X__ 3-6:___ >6___.

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:____ Ocasional:__X__.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:____ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:__X__.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:__X__ A los cambios de posición:____

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:__X__ Durante la actividad:____ al cambiar de postura:____ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:__X__

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:__X__

19. ¿Conoce de la patología?
Si:__X__ No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No:__X__

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION
Nombre completo del trabajador: Norberto Moreno P.
Telefonos fijo y celular: 3230893

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: __ Fx de columna: __ Fx de cadera: __
Hernias discales: Operado: __ Lesiones traumáticas en espalda: __ Donde: __ No operado: __
Otras: __ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: __ Artrosis: __ Osteoporosis: __ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: __ Carga y descarga: __
Otros: __ Cuales: __ Ninguno: __

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: __ 1-3: __ 4-6: __ 7-9: __ 10-12: __
13-15: X 16-18: __ 19-20: __ >20: __

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: __

6. ¿Cuántas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3: __ 4-6: __ 7-8: __ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: __ 4-6: __ 7-9: __ 10-12: __ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: __ 3-5: __ 5-7: __ 7-9: __ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: __

10. ¿Ademas de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: __ No: X Cual: __

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: __

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: __ 3-6: __ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: X Intermitente: __ Ocasional: __

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: __ Movimiento: X Postura: __ Toser: __ Estornudar: __ Estrés: __

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: __ Durante la actividad laboral: __ A los cambios de posición: X

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: __ al cambiar de postura: __ Al ingerir analgésicos: __

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: __ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: __ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: __ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No: __

ENCUESTADOR: Sara Tenorio A.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: German Tres Palacio
Teléfonos fijo y celular. 3156502597

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: X 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: X

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador Julio Razines
Teléfonos fijo y celular: ____

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis : ___ Artrosis: ___ Osteoporosis : ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: ___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: X Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: X Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: X Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: X

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Sara Ternera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Alvaro sepulveda bonillas
Teléfonos fijo y celular: 3481472

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: X Artrosis:___ Osteoporosis:___ Ningunos:___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3: X 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No.: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6: X

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente: X Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura: X Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Alvaro Rojano
Telefonos fijo y celular: 310 632 85 14

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Ademas de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: X No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 X 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional: X

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés: X

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral: X A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: X Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: X No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Jorge Danilo Beltran Chavez.
Teléfonos fijo y celular: 373 13 16

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Jancie del C Paz

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Marlon Velasquez.
Teléfonos fijo y celular: 373 7250

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1:___ 1-3: X 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No.:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Janeth Pico Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Juan Darío Serrano
Teléfonos fijo y celular: 315 718 22 43

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: __ Fx de columna: __ Fx de cadera: __
Hernias discales: Operado: __ Lesiones traumáticas en espalda: __ Donde: __ No operado: __
Otras: __ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: __ Artrosis: __ Osteoporosis: __ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: __ Carga y descarga: __
Otros: __ Cuales: __ Ninguno: __

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1: __ 1-3: __ 4-6: __ 7-9: __ 10-12: X
13-15: __ 16-18: __ 19-20: __ >20: __

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: __

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: __ 4-6: __ 7-8: __ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: __ 4-6: __ 7-9: __ 10-12: X >12: __

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: __ 3-5: __ 5-7: __ 7-9: X 10-12: __

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: __ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: __ No: X Cual: __

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: __ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: __ 3-6: __ >6: __

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: __ Intermitente: __ Ocasional: __

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: __ Movimiento: __ Postura: __ Toser: __ Estornudar: __ Estrés: __

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: __ Durante la actividad laboral: __ A los cambios de posición: __

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: __ Durante la actividad: __ al cambiar de postura: __ Al ingerir analgésicos: __

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: __ No: __

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: __ No: __

19. ¿Conoce de la patología?
Si: __ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: __ No: X

ENCUESTADOR: Jannine del P. Pus

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Víctor Lopez
Teléfonos fijo y celular: 311 6582404

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Janine Puello Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: William Antonio Jaramillo Rosales.
Teléfonos fijo y celular: 313 20 91

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente: ___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Janine Paz Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Juan Ardila
Teléfonos fijo y celular: 3425460

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Ademas de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algun programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION:
Nombre completo del trabajador: Javier Bautista
Teléfonos fijo y celular: 315 495 3274

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :X Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos:___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1:___ 1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No :___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente: ___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento: ___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Sara Ternera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Teofilo Peñate Alvarez
Teléfonos fijo y celular: 3116622924

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor ___ Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: X Cuales: Mecanico Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: X 7-8: ___ >8: ___

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: X 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No: ___ Cual: Comerciante.

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 ___ 1-3: ___ 3-6: ___ >6 ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No: ___

ENCUESTADOR: Sara Tenera.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Alvaro Murcia
Teléfonos fijo y celular: 3105085718.

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor ___ Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: X Cuales: Artesano Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: X 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ 8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3 ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2 ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No: ___

ENCUESTADOR: Sara Ternera.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Jairo Peñito
Teléfonos fijo y celular: 315 7747368

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION
Nombre completo del trabajador: Geraldo Gutierrez
Teléfonos fijo y celular: 311 530 4255

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18: X 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No.: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sarih

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Jairo Ortado Guarnizo
Teléfonos fijo y celular: 3157888474

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15 ___ 16-18: X 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador Rolando Fernano
Teléfonos fijo y celular. 37 39809 - 3157398093

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor___ Comerciantes X Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Diego Sepulveda.
Teléfonos fijo y celular: 3561112

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1: X 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Sara Ternera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador: Osvaldo Niño
Teléfonos fijo y celular: 315 6827876

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna ___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno_X_

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabaja realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor_X_ Comerciantes_____ Carga y descarga_____
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:_____

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No.: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento: ___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Diego Bantillon

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador Victor Gutierrez
Teléfonos fijo y celular. 311 402 19 29

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3: X 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No.:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente: ___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Diney Bantillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Fernando Sepulveda Hernandez
Teléfonos fijo y celular: 3106825307

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3: X 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Alvaro Barrego
Teléfonos fijo y celular: _____

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: BEIKIS SARIEL

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: BENJAMIN TORRENEGRA.
Telefonos fijo y celular: 3157498617

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis : ___ Artrosis: ___ Osteoporosis : ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9 X 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: ___ No.: X

10. ¿Ademas de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: BEIKIS SARIA

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Luis Cocuyo
Teléfonos fijo y celular: 310 617 0826

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usteó que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sabiel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: MANUEL SILVA ROMERO
Teléfonos fijo y celular: 3244329

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No.: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: BELKIS SARIL

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador: Jose Libardo Rodriguez
Teléfonos fijo y celular: 3116618844

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: ___ Artrosis:___ Osteoporosis:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: JUAN Abumada
Teléfonos fijo y celular: 3630250

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado X Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno___

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabaja realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18: X 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___.

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: BELKIS SARIA

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador Mario Perez
Teléfonos fijo y celular: 3248853

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si:___ No: X

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Janine Pico Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador: José Luis Alonso Benites
Teléfonos fijo y celular: 315 71 43 97

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
0-1___ 1-3: X 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1___ 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Jancine del C. Pico

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador: NELSON ALONSO SANCHEZ
Teléfonos fijo y celular: 310 602 01 51

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 ___ 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Janine del C. Paco.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: REYES SANCHEZ
Teléfonos fijo y celular: 329 88 89

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: X 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-3:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Janine del C. Paz

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: ALVARO CORTEZ BELEÑO
Teléfonos fijo y celular: 310 610 6210

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otros___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15 X 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si:___ No: X

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-3:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Ademas de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Janini del C. Pico

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Octavio Chamado
Teléfonos fijo y celular: 315 683 32 17

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
0-1: X 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuanto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Jannie del C. Pico

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Orlando Peña Peón
Teléfonos fijo y celular: 315 718 96 10

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno: X

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18: X 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuanto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Janine del G. Pio

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Rafael Gabardino Hernandez.
Teléfonos fijo y celular: 369 3872.

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18: X 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No:___ Cual: TRANSPORTADOR.

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Janine del P. Pico

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Henry Villegos
Teléfonos fijo y celular: 315 5036537

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis : ___ Artrosis: ___ Osteoporosis : ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
0-1: ___ 1-3: X 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Carlos Betancur
Teléfonos fijo y celular. 315 7077822

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20: X >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si:___ No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No.:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6.___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Betkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador Milton Carreño
Teléfonos fijo y celular. 315 656 44 71

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___
13-15 ___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Wolberis Castellano
Teléfonos fijo y celular: 315 7163873

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis : ___ Artrosis:___ Osteoporosis : X Ningunos:___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18: X 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Jusep Marquez Borges
Telefonos fijo y celular: 315 713 1482

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15 X 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Ademas de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No:___ Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Janine del C. Pua.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Carlos Amado.
Teléfonos fijo y celular: no tiene

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1: X 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No: ___

ENCUESTADOR: Janine Pico Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Nava Fuentes Luis
Teléfonos fijo y celular: 3432518

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis___ Artrosis: X Osteoporosis___ Ningunos:___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1:___ 1-3___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18: X 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9 X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Janine P. Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Rafael Arguera Alfonso
Teléfonos fijo y celular: 310 572 57680

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor ___ Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: X

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: X 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Janine. P. Romero

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Carlos García
Teléfonos fijo y celular: 90 Cine

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes_____ Carga y descarga_____
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:_____

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1: X 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ 8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Janine P. Romero.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Raul Cepeda Garavito
Teléfonos fijo y celular: 342 97 18

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1: X 1-3 ___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15 ___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6 ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Janine P. Rivera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Fredy Valderrama
Teléfonos fijo y celular: 315 268 9377

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera__ Fx de columna____ Fx de cadera____
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda____ Donde___ No operado___
Otras__ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :__ Artrosis:____ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor____ Comerciantes_____ Carga y descarga_____
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno: X

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15__ 16-18:___ 19-20:____ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:____ >12:____

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:____ 5-7: X 7-9:____ 10-12:____

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:____

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:__ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:____ Ocasional:___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:____ A los cambios de posición:____

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:____ al cambiar de postura:____ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Miguel Rodriguez
Teléfonos fijo y celular: 3157470519

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Julio Padilla Avellaneda
Teléfonos fijo y celular: 315 718 0454

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: ___ Fx de columna: ___ Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: ___ Lesiones traumáticas en espalda: ___ Donde: ___ No operado: ___
Otras: ___ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: ___ Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: + 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___.

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION
Nombre completo del trabajador: Hisael Jimenez
Teléfonos fijo y celular: 315 775 3456

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador: Juan Muñoz Sandoval
Teléfonos fijo y celular: 315 7216763

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18: X 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Gustavo Calle
Teléfonos fijo y celular: 311 4213051

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes_____ Carga y descarga_____
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:_____

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___.

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Angel Verdugo
Teléfonos fijo y celular: 3231979.

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis : ___ Artrosis: ___ Osteoporosis : X Ningunos: ___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 X 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuantas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3 ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2: ___ 3-5: X 5-7: ___ 7-9 ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No.: ___

10. ¿Ademas de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Oscar Llanos
Teléfonos fijo y celular: 300 8028519

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes_____ Carga y descarga_____
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:_____

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-3:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No.:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Daniel E. Avila.
Teléfonos fijo y celular: 310 637 4607

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis: X Ningunos: ___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: X 19-20: ___ >20: ___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: X 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 ___ 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Fernando Contreras
Telefonos fijo y celular: 3233398

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras:___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor___ Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros: X Cuales: Mecánico Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No:___ Cual: Comerciante

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Sara Ternera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION:
Nombre completo del trabajador: Ricardo Guzman
Telefonos fijo y celular: 3430454

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si:___ No: X

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No :___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
X No:___

ENCUESTADOR: Sara Tenerol

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION:
Nombre completo del trabajador: Hugo Carreño García
Teléfonos fijo y celular: 315 782 8628

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

0. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador: JUAN CARLOS PEÑALETE
Teléfonos fijo y celular: 3246094

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: ___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 ___ 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
___ No: X

ENCUESTADOR: BELKIS SARIA

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: DIEGO ACUÑA
Teléfonos fijo y celular: 3422773

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3: X 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___.

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: BEIKIS SARIEL

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Jhon Castro Casare
Teléfonos fijo y celular. 3116736955

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No:___ Cual: MEDICO FORENCE

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente: ___ Ocasional:___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: Belkis Sabiel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador: Fernando Borja.
Teléfonos fijo y celular: 3408464

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis : ___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes_____ Carga y descarga_____
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:_____

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15 ___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No : X

10. ¿Ademas de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sabio

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: LUIS ROMERO
Teléfonos fijo y celular: 3106608436

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis : ___ Artrosis: ___ Osteoporosis : ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: ___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 ___ 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: BEIKIS SARIEL

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Jorge Santa Fe
Teléfonos fijo y celular: 315 6880127

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20: X >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sarid

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Alexander torres
Teléfonos fijo y celular: 311 4126636

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___.

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sarabia

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Luis Acevedo
Teléfonos fijo y celular.

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Benjamin Cespedes
Teléfonos fijo y celular: 315 6063472.

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: ___ Fx de columna: ___ Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: ___ Lesiones traumáticas en espalda: ___ Donde: ___ No operado: ___
Otras: ___ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: ___ Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: X 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: ARIEL SAN JUAN
Teléfonos fijo y celular: 3157111902

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: Fx de columna: Fx de cadera:
Hernias discales: Operado: Lesiones traumáticas en espalda: Donde: No operado:
Otras: Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: Artrosis: Osteoporosis: Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: Carga y descarga:
Otros: Cuales: Ninguno:

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: 4-6: 7-9: X 10-12:
13-15: 16-18: 19-20: >20:

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: 4-6: 7-8: >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: 4-6: 7-9: X 10-12: >12:

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: 3-5: 5-7: 7-9: X 10-12:

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: No: X Cual:

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: 3-6: >6:

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: Intermitente: Ocasional:

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: Movimiento: Postura: Toser: Estornudar: Estrés:

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: Durante la actividad laboral: A los cambios de posición:

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: Durante la actividad: al cambiar de postura: Al ingerir analgésicos:

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: No:

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: No:

19. ¿Conoce de la patología?
Si: No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: No: X

ENCUESTADOR: BELKIS GARCIA

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Wilson Bautista
Teléfonos fijo y celular: 3650901

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera __ Fx de columna ____ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ____ Donde ___ No operado ____
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ____ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ____ Carga y descarga ____
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ____

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3 ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: X 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Jaime Cortez
Teléfonos fijo y celular: 323 1232

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera__ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde__ No operado___
Otras__ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :__ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes_____ Carga y descarga_____
Otros:__ Cuales:___ Ninguno:_____

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15 X 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ 8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Fredy Valderrama
Teléfonos fijo y celular: 315 268 9377

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis_:___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3: X 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si.:___ No.: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si.___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6.___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si.___ No:___

19. ¿Conoce de la patologia?
Si:___ No X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Dennys Cantillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Alvaro Fuentes Fonseca
Teléfonos fijo y celular: 3753159.

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: X 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: X 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Ramiro Uribe Rodriguez
Teléfonos fijo y celular: 3429104

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: __ Fx de columna: ___ Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: __ Lesiones traumáticas en espalda: ___ Donde: __ No operado: ___
Otras: ___ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: __ Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: X 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No: ___ Cual: Comerciante

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Jenyss Castillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador: Juan Soldarriaga Diaz
Teléfonos fijo y celular: 315 800 85 08

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: ___ Fx de columna: ___ Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: ___ Lesiones traumáticas en espalda: ___ Donde: ___ No operado: ___
Otras: ___ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: ___ Artrosis: ___ Osteoporosis: X Ningunos: ___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1: ___ 1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 ___ 1-3: ___ 3-6: ___ >6 ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No: ___

ENCUESTADOR: Dunys Castillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Nolberis Castellano Valencia
Teléfonos fijo y celular: 315 716 38 23

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor___ Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno: X

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No:___ Cual: Comerciante.

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?:
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Nuevo Castillo M.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Teodomiro Hora.
Teléfonos fijo y celular: 300 8003896

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3 ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2 ___ 3-5: X 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 ___ 1-3: ___ 3-6: ___ >6 ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algun programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Dumps Bantillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION:
Nombre completo del trabajador: Juan Polo Vergara
Teléfonos fijo y celular: _____

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No.: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Carlos H. Lascano
Teléfonos fijo y celular: 310 . 3656717

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15: X 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No.: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si.___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: Diego Pantello H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Jaime Cortez
Teléfonos fijo y celular: 3231232

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Diego Bautillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Ruben Villareal Figueroa
Teléfonos fijo y celular: 310 8920089

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis : ___ Artrosis: ___ Osteoporosis : ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: X 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuantas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-3: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Ademas de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6 ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Diego Cantillo M.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Hugo Carreño
Teléfonos fijo y celular: 3226485

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna____ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda____ Donde___ No operado____
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:____ Osteoporosis___: Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes_____ Carga y descarga_____
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:_____

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3: X 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15 ___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:____ A los cambios de posición:____

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:____ al cambiar de postura:____ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Sara Tejnera.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador Jorge Luis Romero.
Teléfonos fijo y celular. 3736730

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis :___ Artrosis:___ Osteoporosis :___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15 X 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No:___ Cual: Supervisor de Mantenimiento.

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR
HL
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: Sara Tamara Aldana.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador: Edgar Guevara.
Teléfonos fijo y celular: 3136930972

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: X 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3 ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Sara Tornera A.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Luis Alfonso Jimenez Tomez.
Telefonos fijo y celular: 300 800 6490

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: __ Fx de columna: ___ Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: __ Lesiones traumáticas en espalda: ___ Donde: __ No operado: ___
Otras: ___ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: __ Artrosis: ___ Osteoporosis: __ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: __ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: __ 16-18: __ 19-20: X >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: ___ No: X

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: __ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No: ___

ENCUESTADOR: Sara Ternera Aldana

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador Abelardo Camelo
Teléfonos fijo y celular: 3750914

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor___ Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros: X Cuales: Maquinaria pesada Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: X

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Dara Tornera.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Edgar Rodriguez
Teléfonos fijo y celular: 3106015521

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Sara Torres A.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador Luis Franco
Teléfonos fijo y celular: 310 474 21 33

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3 ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2 ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Denys Bautillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Jorge Cespedes Rueda
Teléfonos fijo y celular: _____

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION:
Nombre completo del trabajador: Fredy Aguirre Fernandez
Teléfonos fijo y celular: 315 684 73 36

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor ___ Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: X 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: X 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: ___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: X No: ___ Cual: Comerciante

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Dunys Bantillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador: Jairo Serrano Luna
Teléfonos fijo y celular: 315 8823733

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: X 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: X 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: ___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 ___ 1-3: ___ 3-6: ___ >6 ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ENCUESTADOR: Deivys Bonilla H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador: Alberto Fuentes Fonseca
Teléfonos fijo y celular: 3753159

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Diego Castillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Gerardo Gutierrez Peña
Teléfonos fijo y celular: 311 530 9255

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Dunys Cantillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador Luis Cataño Benjumea
Teléfonos fijo y celular. 310 658 20 33

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15: X 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No:___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: X No:___

ENCUESTADOR: Jenyo Castillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador Jaime Hendez Reyes
Teléfonos fijo y celular: _____

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___ No operado ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: X 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: X >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: X 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Ademas de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Dumys Bantillo H.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Luis Guzman Rios
Teléfonos fijo y celular: 315 746 5735

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis___ Artrosis:___ Osteoporosis: X Ningunos:___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: X 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No.: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Dunys Bantello M.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION
Nombre completo del trabajador: Claudio Blanco
Teléfonos fijo y celular: 311 432 48 11

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor___ Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros: X Cuales: Subof. Marina Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18: X 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No.: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Diego Castillo M.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN
Nombre completo del trabajador: Carlos Payana Ureña
Telefonos fijo y celular: 315 6999316

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: ___ Fx de columna: ___ Fx de cadera: ___
Hernias discales: Operado: ___ Lesiones traumáticas en espalda: ___ Donde: ___ No operado: ___
Otras: ___ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: ___ Artrosis: ___ Osteoporosis: ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: ___ Carga y descarga: ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: X 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15: ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: X 7-8: ___ >8: ___

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: X 5-7: ___ 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: ___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Daniel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Juan Gutierrez
Teléfonos fijo y celular: 324 55 20

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: __ Fx de columna: __ Fx de cadera: __
Hernias discales: Operado: __ Lesiones traumáticas en espalda: __ Donde: __ No operado: __
Otras: __ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: __ Artrosis: __ Osteoporosis: __ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: __ Carga y descarga: __
Otros: __ Cuales: __ Ninguno: __

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: __ 1-3: __ 4-6: X 7-9: __ 10-12: __
13-15: __ 16-18: __ 19-20: __ >20: __

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: __

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: __ 4-6: __ 7-8: __ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: __ 4-6: __ 7-9: X 10-12: __ >12: __

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: __ 3-5: X 5-7: __ 7-9: __ 10-12: __

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: __

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: __ No: X Cual: __

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: __ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: __ 3-6: __ >6: __

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: __ Intermitente: __ Ocasional: __

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: __ Movimiento: __ Postura: __ Toser: __ Estornudar: __ Estrés: __

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: __ Durante la actividad laboral: __ A los cambios de posición: __

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: __ Durante la actividad: __ al cambiar de postura: __ Al ingerir analgésicos: __

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: __ No: __

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: __ No: __

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: __

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: __ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION
Nombre completo del trabajador: Luis A. López
Teléfonos fijo y celular: 315 6827684

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna____ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda____ Donde___ No operado____
Otras___ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:____ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes_____ Carga y descarga_____
Otros:___ Cuales:____ Ninguno:_____

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:____ 7-9: X 10-12:___
13-15___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:____ >12:____

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5: X 5-7:___ 7-9:____ 10-12:____

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:____

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:____ A los cambios de posición:____

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:____ al cambiar de postura:____ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Abraham Benavides
Teléfonos fijo y celular: 310 3235825

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___: Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales: ___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6: X 7-9:___ 10-12:___
13-15:___ 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12: X >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9:___ 10-12: X

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN:
Nombre completo del trabajador: Alexander Torres.
Teléfonos fijo y celular: _____

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: X 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: X 7-8: ___ >8: ___

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: ___ 7-9: X 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: X

19. ¿Conoce de la patologia?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Sara Tornera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Adalberto Sarmiento
Teléfonos fijo y celular: 3759752

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera __ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado __ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras __ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis : __ Artrosis: ___ Osteoporosis : ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor ___ Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: __ Cuales: ___ Ninguno: X

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: __ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 __ 16-18: __ 19-20: ___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: __ No: X

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: __ 7-8: __ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: __ 4-6: __ 7-9: __ 10-12: ___ >12: X

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
<3: X 3-5: ___ 5-7: __ 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: __ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: __ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: __ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: __ 3-6: __ >6: __

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: __ Intermitente: __ Ocasional: __

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: __ Movimiento: __ Postura: __ Toser: __ Estornudar: __ Estrés: __

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: __ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: __ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: __

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: __ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: __ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si: __ No X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: __ No: X

ENCUESTADOR: Sara Tomera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION.
Nombre completo del trabajador: Hugo López Martinez
Teléfonos fijo y celular: 315 4504998

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15 X 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-3:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No: X

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No: X

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Jesus Lugo
Telefonos fijo y celular: 345 7161641

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___ No operado ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis : ___ Artrosis: ___ Osteoporosis : X Ningunos: ___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1: ___ 1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: X

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al dia esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-9: X 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 ___ 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Jose Betancurt.
Teléfonos fijo y celular: 300 2111862.

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: Fx de columna: Fx de cadera:
Hernias discales: Operado: Lesiones traumáticas en espalda: Donde: No operado:
Otras: Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: Artrosis: Osteoporosis: Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: Carga y descarga:
Otros: Cuales: Ninguno:

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3: 4-6: X 7-9: 10-12:
13-15: 16-18: 19-20: >20:

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:

6. ¿Cuantas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: 4-6: 7-8: >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: 4-6: 7-9: X 10-12: >12:

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: 3-5: X 5-7: 7-9: 10-12:

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: No: X Cual:

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: 3-6: >6:

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: Intermitente: Ocasional:

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: Movimiento: Postura: Toser: Estornudar: Estrés:

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: Durante la actividad laboral: A los cambios de posición:

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: Durante la actividad: al cambiar de postura: Al ingerir analgésicos:

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: No:

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: No:

19. ¿Conoce de la patología?
Si: No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION
Nombre completo del trabajador: Fernando Amado
Teléfonos fijo y celular: 311 4330420

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera ___ Fx de columna ___ Fx de cadera ___ No operado ___
Hernias discales: Operado ___ Lesiones traumáticas en espalda ___ Donde ___
Otras ___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis ___ Artrosis: ___ Osteoporosis ___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes ___ Carga y descarga ___
Otros: ___ Cuales: ___ Ninguno: ___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: ___ 1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___
13-15 ___ 16-18: ___ 19-20: ___ >20: ___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: ___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: ___ 4-6: ___ 7-8: ___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: ___ 4-6: X 7-9: ___ 10-12: ___ >12: ___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: ___ 3-5: ___ 5-7: X 7-9: ___ 10-12: ___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: ___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: ___ No: X Cual: ___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: ___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: ___ 3-6: ___ >6: ___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: ___ Intermitente: ___ Ocasional: ___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: ___ Movimiento: ___ Postura: ___ Toser: ___ Estornudar: ___ Estrés: ___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: ___ Durante la actividad laboral: ___ A los cambios de posición: ___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: ___ Durante la actividad: ___ al cambiar de postura: ___ Al ingerir analgésicos: ___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: ___ No: ___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: ___ No: ___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: ___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: ___ No: X

ENCUESTADOR: Maria Herrera.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: JUAN ARIAS
Teléfonos fijo y celular: 315 716 68 65

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___ No operado___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis___ Artrosis:___ Osteoporosis___ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros:___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15: X 16-18:___ 19-20:___ >20:___.

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7:___ 7-9: X 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si:___ No: X

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___.

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___.

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___.

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No___

19. ¿Conoce de la patología?
Si:___ No: X

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: BEIBIS SARIEL

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACION
Nombre completo del trabajador: Mauricio Peñarate
Teléfonos fijo y celular: 3626776.

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera: __ Fx de columna: __ Fx de cadera: __
Hernias discales: Operado: __ Lesiones traumáticas en espalda: __ Donde: __ No operado: __
Otras: __ Ninguno: X

2. Antecedentes familiares.
Artritis: __ Artrosis: __ Osteoporosis: __ Ningunos: X

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor: X Comerciantes: __ Carga y descarga: __
Otros: __ Cuales: __ Ninguno: __

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1: __ 1-3: __ 4-6: X 7-9: __ 10-12: __
13-15: __ 16-18: __ 19-20: __ >20: __

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No: __

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3: __ 4-6: __ 7-8: __ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al dia permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3: __ 4-6: X 7-9: __ 10-12: __ >12: __

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2: __ 3-5: X 5-7: __ 7-9: __ 10-12: __

9. ¿Opina usted que el estado de las vias que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No: __

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si: __ No: X Cual: __

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si: __ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3: __ 3-6: __ >6: __

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo: __ Intermitente: __ Ocasional: __

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo: __ Movimiento: __ Postura: __ Toser: __ Estornudar: __ Estrés: __

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo: __ Durante la actividad laboral: __ A los cambios de posición: __

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo: __ Durante la actividad: __ al cambiar de postura: __ Al ingerir analgésicos: __

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si: __ No: __

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si: __ No: __

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No: __

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si: __ No: X

ENCUESTADOR: Martha Herrera

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INCIDENCIA DE LA LUMBALGIA POR FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CONDUCTORES DE LA EMPRESA BRASILIA S.A.

IDENTIFICACIÓN.
Nombre completo del trabajador: Robinson Cudris
Teléfonos fijo y celular. 310 626 9631

1. Antecedentes personales.
Esguince de cadera___ Fx de columna___ Fx de cadera___ No operado___
Hernias discales: Operado___ Lesiones traumáticas en espalda___ Donde___
Otras___ Ninguno X

2. Antecedentes familiares.
Artritis___ Artrosis:___ Osteoporosis: X Ningunos:___

3. Que trabajo realizaba antes de ingresar a la empresa.
Conductor X Comerciantes___ Carga y descarga___
Otros___ Cuales:___ Ninguno:___

4. Tiempo de vinculado a la empresa (años).
<1:___ 1-3:___ 4-6:___ 7-9:___ 10-12:___
13-15: X 16-18:___ 19-20:___ >20:___

5. Antes de ser vinculado al puesto de trabajo ¿A usted se le practico un examen para establecer su condición física?
Si: X No:___

6. ¿Cuántas horas al día esta disponible para la empresa?
1-3:___ 4-6:___ 7-8:___ >8: X

7. ¿Cuantas horas continuas al día permanece sentado para realizar su trabajo?
1-3:___ 4-6:___ 7-9: X 10-12:___ >12:___

8. ¿Cuantas horas continuas conduce usted?
1-2:___ 3-5:___ 5-7: X 7-9:___ 10-12:___

9. ¿Opina usted que el estado de las vías que recorre puede estar influyendo a su dolor de espalda?
Si: X No:___

10. ¿Además de laborar en esta empresa que otra actividad que le genera ingreso realiza usted.
Si:___ No: X Cual:___

11. Presenta usted dolor lumbar?
Si:___ No: X

12. ¿Cuánto tiempo hace que presenta esta dolor (meses)
<1 1-3:___ 3-6:___ >6:___

13. ¿Cómo es el dolor?
Continuo:___ Intermitente:___ Ocasional:___

14. ¿Que origina el dolor?.
Esfuerzo:___ Movimiento:___ Postura:___ Toser:___ Estornudar:___ Estrés:___

15. ¿El dolor aumenta en?
Reposo:___ Durante la actividad laboral:___ A los cambios de posición:___

16. ¿Cuando disminuye el dolor?
Reposo:___ Durante la actividad:___ al cambiar de postura:___ Al ingerir analgésicos:___

17. ¿Recibe tratamiento medico por el dolor lumbar?
Si:___ No:___

18. ¿Recibe tratamiento fisioterapéutico por su dolor?
Si:___ No:___

19. ¿Conoce de la patología?
Si: X No:___

20. ¿La ARP, desarrolla algún programa para tratar este dolor?
Si:___ No: X

ENCUESTADOR: Belkis Sariel

ENCUESTADOR: Martha Herrera