



## FORMATO DE AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD O DE TRABAJO

### ESPACIO PARA DILIGENCIAMIENTO DEL TRABAJADOR INDEPENDIEMENTE DE SU TIPO DE CONTRATACIÓN

#### 1. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	
NOMBRE DEL TRABAJADOR	
ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA	
ÁREA DE TRABAJO O PROCESO	
ANTIGÜEDAD EN EL HOSPITAL	

#### 2. CONDICIÓN DE SALUD REPORTADA

Dolor de cabeza	Disconfort o fatiga visual
Dolores musculares	Sensación permanente de cansancio
Dificultad para algún movimiento	Alteraciones en la piel
Dificultad respiratoria	Ansiedad o nerviosismo
Dificultad para concentrarse	Otras alteraciones
Fatiga o irritabilidad	¿Cuáles?

#### 3. DESCRIBA EL FACTOR O FACTORES QUE CONSIDERA EN SU TRABAJO SE ASOCIAN A LA CONDICIÓN DE SALUD MANIFESTADA

--

#### 4. CONDICIÓN DE TRABAJO REPORTADA

Iluminación deficiente	Fallas en la organización de la tarea
Ruido molesto	Fallas en los equipos o herramientas utilizadas
Disconfort térmico	Elementos de protección inadecuados o insuficientes
Deficiencia de ventilación	Exposición de riesgo a químicos peligrosos
Diseño de puesto de trabajo deficiente	Otras condiciones peligrosas
Condiciones locativas peligrosas	¿Cuáles?

#### 5. DESCRIBA LA CONDICIÓN DE PELIGRO REPORTADA

--

### ESPACIO PARA DILIGENCIAMIENTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

#### 6. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES DEL REPORTE EFECTUADO POR EL TRABAJADOR

--

#### 7. PLAN DE ACCIÓN DE ACUERDO AL ANÁLISIS EFECTUADO

No.	Acción	Tipo de acción		Fecha inicio	Fecha limite	Responsable
		Preventiva	Correctiva			

#### 8. SEGUIMIENTO

FECHA DE SEGUIMIENTO					
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO					
No. Acción	Implementada	No implementada	Observaciones		

#### RESPONSABLE DEL ANÁLISIS

#### RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO

Nombre		Nombre	
Firma		Firma	
Rol o cargo		Rol o cargo	