

Autoevaluación de funcionarios										Ficha #
Fecha			Fecha de Nacimiento			Edad				
Actividad Económica que desarrolla				Aux. Operativo		Aux. administrativo				
				Coordinador		Director				
				Otros						
Datos Antropométricos										
Talla (M)		Peso (Kg)		IMC		Ref. IMC				
Sístole		Diástole		Presión Arterial		¿Presenta alguna enfermedad Diagnosticada?				
¿Cual?		% Grasa Corporal		% Masa Muscular		Contorno Cintura				
Contorno Caderas		índice Cintura/ Cadera		¿Se ha sometido a alguna Cirugía		¿Está tomando algún medicamento?				
En caso de que su respuesta sea sí: ¿Qué medicamento (s)?										
Antecedentes Familiares										
Cáncer		Hipertensión		Diabetes M2		Otras E. Metabólicas				
Antecedentes Familiares										
¿Presenta algún Dolor Muscular?		¿Presenta algún dolor articular?		¿Presenta o ha presentado alguna lesión o fractura?						
Condiciones										
Fuma:	Si	No	Consumo Bebidas Alcohólicas:		Nunca	menos de una vez al mes	de 2-4 veces al mes			
Periodo	Nunca	1 o más Cigarrillos en menos de 6 meses	No fuma hace más de 6 meses	Fumador pasivo	Nº de consumo	< de 3 Copas	4-6 Copas	> 7 Copas		
Hábitos para la vida										
¿Realiza Actividad física de forma regular (Más de 3 veces por semana, Más de 30 Minutos/día)	Si	No	¿Le gusta hacer Actividad Física?		Si	No				
¿Qué ejercicio le gusta hacer	Trotar	Nadar	Caminar		Bailar	Montar en Bicicleta	Levantar Peso		Vigilada Mineducación	

Aspectos adicionales que se pueden tener en cuenta para Reforzar las respuestas del INSTRUMENTO

¿Cuál es su Tiempo Libre?:

¿Qué hace en su Tiempo Libre?:

Describa con detalles un día laboral y uno no laboral incluyendo: Hora, Espacio, Persona, Comidas o alimentos consumidos (Tratando de NO omitir ni un tinto).

Descripción toma de alimentos y Horarios:

Describa demás actividades incluyendo horarios y personas:

Describa si es alérgico algún medicamento, alimento o elemento, también si quiere dejar una PQRSF:

