

FORMULARIO SOBRE DEMANDAS FISICAS DE LA POSICION

Referido: _____

S.S.: _____

Puesto o Plaza: _____

Departamento: _____

En un período de **8** horas, el empleado realiza las siguientes actividades:

		Continuamente	Con periodos de Descanso
Sentado	1 2 3 4 5 6 7 8 (hrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parado	1 2 3 4 5 6 7 8 (hrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminando	1 2 3 4 5 6 7 8 (hrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternado (caminar/sentado)	1 2 3 4 5 6 7 8 (hrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<u>Nunca</u>	<u>Ocasionalmente</u> (0-2.5hrs)	<u>Frecuentemente</u> (2.5-5.5hrs)	<u>Continuamente</u> (+ 5.5 hrs)
Levantar	0-10 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11-20 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21-50 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	51-100 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cargar	0-10 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11-20 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21-50 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	51-100 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doblar la Cintura		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cuclillas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gatear		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir escaleras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar sobre el nivel del hombro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Movimientos repetitivos:

Favor indicar frecuencia, **ocasional, frecuente o constantemente.**

	<u>Agarre Sencillo</u>	<u>Halar/Empujar</u>	<u>Manipulación Fina</u>
Derecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Frecuencia	_____	_____	_____
Izquierdo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Frecuencia	_____	_____	_____

Comentarios:

Firma: _____ **Fecha:** _____

Título: _____