

	UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	CÓDIGO: FO-GAA-22	
	PROCESO GESTION DE APOYO A LA ACADEMIA	VERSIÓN: 01	PAGINA:
	FORMATO ENCUESTA VALORACIÓN ESTADO DE SALUD	FECHA: 13/05/2016	
		VIGENCIA: 2016	

INFORMACIÓN GENERAL

CURSO:	<input type="text"/>	DOCENTE A CARGO:	<input type="text"/>
CÓDIGO DEL ESTUDIANTE:	<input type="text"/>	NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	<input type="text"/>
TELÉFONO:	<input type="text"/>	CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

	SI	NO	
¿Usted usa gafas o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál: _____
¿Usted utiliza algún aparato para oír mejor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál: _____
¿Ha tenido usted algún problema respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál: _____
¿Ha tenido usted algún problema con un defecto en la piel de la cara, cuerpo, brazos o piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál: _____
¿Es alérgico a alguna sustancia química, física o biológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál: _____
¿Padece de alguna condición de salud o limitación física, que pueda afectar su desempeño dentro del laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál: _____
¿Toma medicamentos regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indicar cuál: _____
¿Usted es alérgico algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indicar cuál: _____
¿A qué EPS está afiliado?			_____

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE:	<input type="text"/>	PARENTESCO:	<input type="text"/>
DIRECCIÓN:	<input type="text"/>		
TELEFONO FIJO:	<input type="text"/>	CELULAR:	<input type="text"/>