



SIDERA
LIMA, PERÚ

Fecha: 14/06/2024

Versión: 02

ENTREVISTA AL SOLICITANTE

La información recopilada tiene el carácter de confidencial y solo será empleada con fines de cumplimentar los requisitos relacionados a la aptitud física y mental descritos en el Esquema de Certificación y necesarios para iniciar el Proceso de Certificación de Personas.

	FECHA
DATOS PERSONALES	
NOMBRES Y APELLIDOS:	
DNI:	
CATEGORIA:	

1. ¿Posee alguna necesidad especial para la certificación (idioma, alimentación, etc.)?

En las preguntas número 2 y 3 Seleccione solo una opción

2. En general, usted su salud es

- a) Excelente
- b) Muy buena
- c) Buena
- d) Regular
- e) Mala

3. Su estado de salud actual, en comparación con el de hace un año es:

- a) Significativamente mejor
- b) Ha mejorado, pero no significativamente
- c) Similar, no percibo cambios
- d) Ha desmejorado, pero no significativamente
- e) Ha desmejorado significativamente

4. En relación con las actividades listadas a continuación y de acuerdo con su estado de salud, indique el grado de dificultad para realizarla. Marque con X solamente una opción

ACTIVIDADES	Nivel de Dificultad		
	No puedo hacerlo	Puedo hacerlo con pausas, o asistencia	Puedo hacerlo con normalidad
a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores			
b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora			



ENTREVISTA AL SOLICITANTE

c) Coger o llevar la bolsa de la compra			
d) Subir varios pisos por la escalera			
e) Subir un solo piso por la escalera			
f) Agacharse o arrodillarse			
g) Caminar un kilómetro o más			
h) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)			
i) Caminar una sola manzana (100 metros)			
j) Bañarse o vestirse por sus propios medios			

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

	SI	NO
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?		
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?		
c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?		

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	SI	NO
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?		
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?		
c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?		

7. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- a) Nada
- b) Un poco
- c) Regular
- d) Bastante
- e) Mucho

8. ¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes patologías? (Marque todas las que le apliquen)

- a) Hipertensión
- b) Vértigo
- c) Dislipidemia (Triglicéridos y Colesterol elevado)



SIDERA
LIMA, PERÚ

Fecha: 14/06/2024

Versión: 02

ENTREVISTA AL SOLICITANTE

d) Diabetes

e) Otro, especifique: _____

9. Respecto problemas de salud física y/o mental que pueden generar un mal desempeño en sus actividades de la categoría a la que postula, ¿estos se encuentran controlados mediante tratamientos, medicación u otro similar? *(De no haber declarado ningún problema de este tipo, no responder).*

a) Si

b) No

DECLARACIÓN JURADA

Yo _____ con DNI N° _____ postulante a la certificación en base al esquema **SIDERA-IG-2024-04** en la categoría _____ en pleno uso de mis facultades físicas y mentales declaro bajo juramento que el contenido indicado en este cuestionario es completamente real y en constancia adjunto los soportes médicos que soportan la información suministrada siempre que dicha facultad faltante pueda impedir la ejecución de las labores que el esquema de certificación indique. En caso de verificarse su falsedad; asimismo, aceptaré la procedencia de las sanciones que SIDERA considera en su Esquema de Certificación.

De esta forma, exonero y libero de cualquier responsabilidad a la empresa Certificadora en caso de falsedad en el contenido de este documento.

Lima, ____ de ____ del ____

Firma de Solicitante

Nombre:

DNI: