



Encuesta Sobre Lesiones y Enfermedades Ocupacionales, 2008

Forma de Respuesta por Fax Complete y envíe al fax (787) 756-1116

La Ley Federal requiere la respuesta de los patronos seleccionados en la Encuesta Sobre Lesiones y Enfermedades Ocupacionales del Negociado de Estadísticas del Trabajo. La encuesta puede ser accesada por Internet en <https://idcf.bls.gov>. Si hubo pocos o ningún caso de lesiones y enfermedades relacionados con el trabajo en este establecimiento en el año 2008, puede completar y enviar esta forma por fax, con las formas para cualquier caso con días fuera del trabajo. Si usted contesta a través del fax, no envíe el formulario por correo o conteste a través de Internet o correo electrónico.

Sección 1: Información del Establecimiento

Número de Identificación del Establecimiento (de la portada del formulario de la encuesta) 43 - -

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA e INFORME PARA ESTA UBICACIÓN

Fecha

(de la portada del formulario de la encuesta)

/ /

Nombre del Contacto y Título (letra de molde)

Número de Teléfono (ext)

Número de fax

() -

() -

1. Anote el promedio anual de empleados para el 2008.

2. Anote el total de horas trabajadas por todos los empleados durante el 2008.

3. Hubo ALGUNA lesión o enfermedad relacionada con el trabajo durante el 2008?

Sí. **Complete la Sección 2, abajo.** No **Usted ha terminado. Por favor envíe la forma al fax (787)756-1116.**

Sección 2: Resumen de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales

- Refiérase a las Formas OSHA para Registrar Lesiones y Enfermedades Ocupacionales e identifique la ubicación de referencia en la portada de la encuesta bajo "Report for this Location". Si usted prefiere, puede incluir una fotocopia de su Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales (Forma OSHA 300A).
- Si aparece más de un establecimiento en la portada de esta encuesta, esté seguro de incluir la Forma OSHA 300A para todos los establecimientos especificados.
- Si algún total es cero en su forma OSHA 300A, escriba "0" en el espacio del total correspondiente.
- El **total** del Número de Casos registrados en G + H + I + J deben ser iguales al **total** de Tipos de Lesiones y Enfermedades registradas en M (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6).

Número de Casos

Número total de muertes	Número total de casos con días fuera del trabajo	Número total de casos con transferencia o restricción de trabajo	Número total de otros casos registrables
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(G)	(H)	(I)	(J)

NOTA:

Número de Días

Número total de días fuera del trabajo	Número total de días en transferencia o restricción de trabajo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(K)	(L)

Si hay casos en la Columna H, debe completar una forma de Caso con Días Fuera del Trabajo para cada caso y enviarla con su respuesta por fax.

Tipos de Lesiones y Enfermedades

Número total de ...

(M)

- | | | | |
|------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| (1) Lesiones | <input type="text"/> | (4) Envenenamientos | <input type="text"/> |
| 2) Desórdenes de la piel | <input type="text"/> | (5) Pérdida de audición | <input type="text"/> |
| 3) Condiciones respiratorias | <input type="text"/> | (6) Otras enfermedades | <input type="text"/> |

Caso con Días Fuera del Trabajo

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2008 **solamente** si resultaron con días fuera del trabajo. Para determinar cuál (es) caso (s) usted tiene que informar, lea las instrucciones al comienzo de la **Sección 3: Informando Casos con Días Fuera del Trabajo** en el formulario de la encuesta.

Información sobre el Caso

Pase a la Forma OSHA 300 completada. Traslade de la forma la información del caso a los espacios siguientes.

Nombre del Empleado (columna B)	Ocupación (columna C)	Fecha lesión o comienzo de la enfermedad (columna D)	Número de días fuera del trabajo (columna K)	Número de días de transferencia o restricción de trabajo (columna L)
_____	_____	____/____/08 <i>mes día año</i>	_____	_____

Información sobre el Empleado

1. Seleccione la categoría que *mejor* describa el tipo de ocupación ó trabajo regular del empleado: (opcional)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oficina, profesional, negocios, o personal gerencial | <input type="checkbox"/> Servicios de salud |
| <input type="checkbox"/> Ventas | <input type="checkbox"/> Entrega o choferes |
| <input type="checkbox"/> Ensamblaje de producto, manufactura de producto | <input type="checkbox"/> Servicios de comida |
| <input type="checkbox"/> Reparación, instalación o servicio de máquinas o equipo | <input type="checkbox"/> Limpieza, mantenimiento de edificios, terrenos |
| <input type="checkbox"/> Construcción | <input type="checkbox"/> Manejo de material (inventario, carga, descarga, mudanzas, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Agricultura |

2. Raza del Empleado u origen étnico: (opcional-seleccione una o más)

- Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Afro-Americano
 Hispano o Latino
 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
 Blanco
 No disponible

NOTA: Usted puede contestar las preguntas de la (3) a la (11) o incluir un documento suplementario que tenga las contestaciones.

3. Edad del Empleado: ____ O fecha de nacimiento: ____/____/____
mes día año

4. Fecha que el empleado comenzó a trabajar: ____/____/____
mes día año

o seleccione cuantos años de servicio llevaba trabajando en su establecimiento cuando ocurrió el incidente:

- menos de 3 meses
 de 3 a 11 meses
 de 1 a 5 años
 más de 5 años

5. Género del empleado:

- Masculino
 Femenino

Información del Incidente

Conteste las siguientes preguntas o adjunte una copia de un documento suplementario que tenga las contestaciones.

6. Hora que el empleado comenzó a trabajar: _____ am pm

7. Hora del incidente: _____ am pm O No se puede determinar hora

Incidente ocurrió: antes durante después del turno de trabajo

8. ¿Qué estaba haciendo el empleado en el momento en que ocurrió el incidente? Describa la actividad tanto como el uso de herramientas, equipo, o el material que el empleado estaba usando. Sea específico. Ejemplos: "subía una escalera mientras cargaba materiales para el techo"; "rociaba cloro con un rociador de mano"; "entrando información diaria a la computadora".

9. ¿Qué pasó? Informe cómo ocurrió la lesión o la enfermedad. Ejemplos: "La escalera se deslizó en el piso mojado y el trabajador cayó desde una altura de 20 pies"; "el trabajador fue rociado con cloro cuando la junta se rompió al reemplazarla"; "el trabajador desarrolló inflamación en la muñeca a través del tiempo".

10. ¿Cuál fue la lesión o enfermedad? Informe la parte del cuerpo que fue afectada y cómo fue afectada; sea más específico que "herida", "dolor", o "inflamación". Ejemplos: "estiramiento de la espalda", "quemadura química en la mano", y "síndrome del túnel carpal".

11. ¿Qué objeto o sustancia causó daño al empleado directamente? Ejemplos: "piso de concreto"; "cloro"; "sierra de mano radial". Si esta pregunta no aplica al incidente, favor dejarla en blanco.

N	P	S	E	SS	OCC
---	---	---	---	----	-----