

# OSHA's Form 300 (Rev. 01/2004)

## Lista de Accidentes y Enfermedades relacionadas al Trabajo

Atención: Este formulario contiene información relacionado a la salud del trabajador y debe de usarse de una manera que proteja la privacidad del trabajador en toda su extensión, cuando esta siendo usada con el propósito de la Seguridad Y Salud Ocupacional.



Year **2010**

U.S. Department of Labor

Administración de Seguridad y Salud Ocupacional

Form approved OMB no. 1218-0176  
Este formulario no es oficial  
ABC Co.

Nombre de Negocio  
Cualquier Ciudad

Estado  
Cualquier Estado

Usted debe de incluir en el formulario la información por cada lesión/enfermedad que sea relacionada con el trabajo que envuelve pérdida de conocimiento, actividad de trabajo restringida o transferencia de trabajo, días ausentes de trabajo o tratamiento médico mayor que primeros auxilios. Así mismo debe de reportar significante lesiones relacionadas con el trabajo y enfermedades que fueron diagnosticadas por un médico o un profesional licenciado en el campo de salud. Además usted debe reportar lesiones/enfermedades que tiene el criterio del formulario que se encuentra en 29CFR 1904.12. Tómese la libertad de usar dos líneas para cada caso si así lo requiere. Debe incluir un reporte completo de lesiones/enfermedades (formulario OSHA 301) o su equivalente por cada lesión o enfermedad. Si usted no está seguro si un caso debe registrarse llame a su oficina local de OSHA.

Identificación de la Persona			Descripción del Caso			Clasificación de Caso																
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	Marque un espacio únicamente por cada caso, basado en los resultados mas serios:			Ponga el numero de días que el trabajador estuvo accidentado o enfermo:				Marcar la columna de "accidente" o escogiendo el tipo de enfermedades:									
Numero de Caso	Nombre del Empleado	Título de trabajo (ejemplo: soldador)	Fecha de Accidente	Donde ocurrió el accidente (ejemplo: area de carga norte)	Describa el accidente o enfermedad y partes del cuerpo afectadas y objetos/substancias, que directamente accidentaron o hicieron la persona enferma. (ejemplo: quemaduras de segundo grado en el antebrazo derecho con una antorcha de acetileno.)	Muerte	Dias Fuera de Trabajo	Permanecio en el Trabajo	Otros casos de Trabajo	(H)	(I)	(J)	(K)	(L)	(M)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
1	Juan Rodriguez	Mason	6/10	Andamio segundo nivel	Fractura Brazo Derecho		1			1			10	10	1							
2	Miguel Sanchez	Alludante	7/25	Trabajando en Limpieza Sotano	Se inserto un clavo en el pie derecho		1			1			5	3	1							
3	Rogelio Garcia	Operator	8/5	Dept. de Soldar	Le entro un objeto en el ojo derecho						1				1							
4	Pat James	Electricista	9/22	Primer Piso Trabajando en escaler	Fractura parte trasera de la cabeza		1			1			5	5	1							
5	Caso Privado	Mantenimiento	10/12	Limpiando pizos-Oficina	Perdio el conosimiento y murio	1									1							
6	Daniel Gonzalez	Alludantem	11/30	Terser nivel de andamios	Fractura de pie derecho		1			1			30	30	1							
7	Maria Ramirez	Secretaria	12/16	Usando Computadora-Oficina	Lesion Mano derecha		1			1			10	15	6							
<b>Totales</b>						<b>1</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>63</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Este seguro de transferir estos totales a la pagina de totales (Forma 300A) antes de mostrarlos.

Reportes publicos establecen que el tiempo promedio que toma para recolectar esta información es de 14 minutos por respuesta esto incluye el tiempo para buscar revisar las instrucciones, recopilar la información necesaria y completar y revisar la información colectada las personas no son requeridas a enviar la información recolectada únicamente cuando sean requeridas bajo un numero de OMB de control y que tenga una valides residente. Para comentarios o sugerencias del proceso o recolección de documentos favor de enviarlos a : US Department of Labor, OSHA Office of Statistics, Room N-3644, 200 Constitution Ave, NW, Washington, DC 20210. No envíe formularios a esta oficina.