Departamento del Trabajo de E.U
Negociado de Estadísticas

# Encuesta Sobre Lesiones y Enfermedades Ocupacionales, 2017

**SU RESPUESTA ES REQUERIDA POR LEY EN 30 DIAS.**

Por favor, haga los cambios necesarios en la dirección de su compañía

**Para su conveniencia, puede someter la respuesta de su encuesta en nuestro sitio en la red https://idcf.bls.gov.**
**¡Para más información vea el folleto dentro de este formulario!**

Estimamos que le tomará un promedio de 24 minutos completar esta encuesta (entre 10 minutos a 5 horas por formulario), incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, reunir y mantener los datos necesarios, llenar y revisar la información. Si usted tiene comentarios acerca del estimado de tiempo o de algún otro aspecto de esta encuesta, incluyendo sugerencias para reducir esta tarea, envíelos a: Bureau of Labor Statistics, Occupational Safety and Health Statistics (1220-0045), 2 Massachusetts Avenue, N.E., Washington, DC 20212. A las personas no se les requiere contestar este cuestionario a menos que el mismo contenga un número de control válido (OMB). **POR FAVOR, NO ENVIE EL FORMULARIO COMPLETADO A ESTA DIRECCIÓN.**

La Oficina de Estadísticas Laborales, sus empleados, agentes y agencias estadísticas asociadas utilizarán la información que usted entregue únicamente para fines estadísticos y mantendrán la información de manera confidencial hasta el máximo permitido por la ley. De acuerdo con la Ley de Protección de la Información Confidencial y Eficiencia Estadística de 2002 (Título 5 de la Ley Pública 107-347) y otras leyes federales aplicables, sus respuestas no serán divulgadas de una forma identificable sin su consentimiento informado. Conforme a la Ley de Mejoramiento de la Seguridad Cibernética de 2015, los sistemas informáticos federales están protegidos contra actividades maliciosas mediante la aplicación de un filtro de seguridad cibernética de los datos transmitidos.

OMB No. 1220-0045
BLS-9300 N06

# Pasos para Completar esta Encuesta

Esta encuesta requiere al patrono que provea información sobre lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo basada en los datos que han mantenido durante el año calendario 2017 en sus *Formas* para Registrar Lesiones y Enfermedades Ocupacionales *de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional* (OSHA). Copias de estas formas le fueron enviadas por correo a finales del 2016. Bajo la Ley Pública 91-596, todos los establecimientos que reciban esta encuesta obligatoria, deben completarla y devolverla dentro de 30 días aunque **no** hayan tenido lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo durante el 2017. Las siguientes instrucciones detallan los pasos para completar la encuesta, independientemente de que su establecimiento tuvo o no casos de lesiones o enfermedades en el 2017.

**Paso 1:** Complete esta encuesta sólo para el (los) establecimiento(s) indicados en la portada bajo "Report for this Location". Si no está seguro, por favor llame al número que aparece en la portada de este formulario: **"For Help Call..."**

**Paso 2:** Coteje la dirección de su compañía impresa en la portada. Haga las correcciones necesarias directamente en la portada.

**Paso 3:** Refiérase a las Formas *OSHA utilizadas para Registrar Lesiones y Enfermedades Ocupacionales* de su establecimiento. Copias de estas formas le fueron enviadas a finales del 2016:

**Traslade esta información a la Sección 2 de la encuesta.**

Forma OSHO 300A
Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales

Año 20 ____

Departamento del Trabajo y Recursos Humanos
Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de Puerto Rico

Todos los establecimientos cubiertos por el 2 OSH 1904 deben completar este Resumen, aún cuando no ocurriera ninguna lesión o enfermedad ocupacional durante el año. Recuerde revisar el Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales para verificar que todas las partidas están llenas y correctas, antes de completar este resumen.

Usando el Registro, cuente las partidas individuales realizadas por cada categoría. Luego, escriba el total abajo, asegurándose de haber sumado las partidas de cada una de las páginas del Registro. Si no tiene casos registrados, escriba ¨0¨.

Empleados, ex-empleados, y sus representantes tienen el derecho de revisar la Forma OSHO-300 completa. También, tienen acceso limitado a la Forma OSHO 301 o su equivalente. Ver el 2 OSH 1904.35, Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales de OSHO, para más detalles sobre el acceso a estas formas.

**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 |
|---|---|---|---|
| (G) | (H) | (I) | (J) |

**Número de Dias**

| Número Total de Días Fuera del Trabajo | Número Total de Días de Transferencia o Restricción de Trabajo |
|---|---|
| (K) | (L) |

**Tipos de Lesiones y Enfermedades**

Número Total de . . . (M)
1) Lesiones
2) Desordenes de la Piel
3) Condiciones Respiratorias
4) Envenenamiento
5) Pérdida de Audición
6) Todas las otras Enfermedades

Fijo este Resumen a partir del 1ro de febrero hasta el 30 de abril del año siguiente al periodo cubierto por la forma.

**Información del Establecimiento**

Nombre del Establecimiento
Calle
Ciudad, Puerto Rico Zona Postal
Descripción de la Industria (Ej.: Manufactura de camiones de arrastre)
Clasificación Industrial (SIC), si se conoce (Ej.: SIC 3715 - Camiones de Arrastre)

Información de Empleo
Promedio anual del número de empleados
Total de horas trabajadas por todos los empleados

Firme aquí
A sabiendas de que el falsificar este documento puede resultar en una multa.

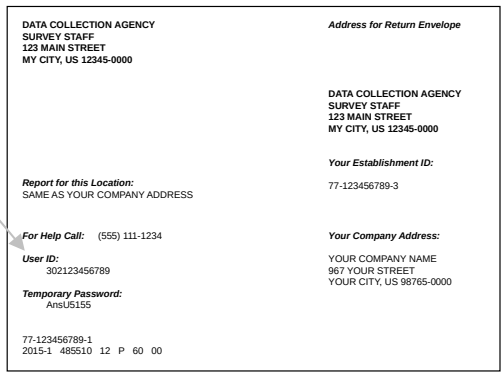
Yo, certifico que he examinado este documento y que dentro de mi mejor conocimiento las partidas son ciertas, exactas y completas.

Ejecutivo de la Compañía Título
( ) - / /
Teléfono Fecha

**Traslade esta información a la Sección 1 de la encuesta.**

- Si no hubo lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo en el 2017, conteste todas las preguntas en la Sección 1 de la encuesta.
- Si hubo al menos una lesión o enfermedad relacionada al trabajo en el 2017, conteste todas las preguntas en la Sección 1 y 2 de la encuesta.

**Traslade su "User ID" del sello a la Sección 1.**


DATA COLLECTION AGENCY
SURVEY STAFF
123 MAIN STREET
MY CITY, US 12345-0000

*Address for Return Envelope*

DATA COLLECTION AGENCY
SURVEY STAFF
123 MAIN STREET
MY CITY, US 12345-0000

*Your Establishment ID:*
77-123456789-3

*Report for this Location:*
SAME AS YOUR COMPANY ADDRESS

*For Help Call:* (555) 111-1234

*User ID:*
302123456789

*Temporary Password:*
AnsU5155

*Your Company Address:*
YOUR COMPANY NAME
967 YOUR STREET
YOUR CITY, US 98765-0000

77-123456789-1
2015-1 485510 12 P 60 00

- Para cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo con días fuera del trabajo ocurridas durante el 2017, complete además, la Sección 3.

**Paso 4:** Escriba el nombre de la persona que completó esta encuesta en caso de que haya preguntas en la Sección 4: Información del Contacto en la contraportada de esta encuesta.

**Paso 5:** Devuelva esta encuesta y cualquier anejo en el sobre incluido dentro de los 30 días de la fecha en que su establecimiento lo recibió. Métodos alternos de informar como el correo electrónico o internet, son explicados en un folleto en el centro de este formulario.

# Sección 1: Información del Establecimiento

**Instrucciones:** Utilizando su *Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales (Forma OSHA 300A)* para el año calendario 2017, anote la información del establecimiento en los encasillados correspondientes. Si estos números no están disponibles en su forma OSHA 300A, o su establecimiento no mantiene los records necesarios para contestar las preguntas (2) y (3) en esta sección usted los puede estimar siguiendo los pasos en la próxima página.

1. Anote su "User ID" de la portada. → ☐
2. Anote el promedio anual de empleados para el 2017. → ☐
3. Anote el total de horas trabajadas por todos los empleados durante el 2017. → ☐

4. Seleccione cualquier condición que pudiera haber afectado sus contestaciones a las preguntas 2 y 3 durante el 2017:

- ❑ Huelga o cierre patronal
- ❑ Cierre o cesantías
- ❑ Trabajo estacional
- ❑ Desastre natural o condiciones del tiempo adversas
- ❑ Períodos de trabajo corto o menos períodos de pago que lo usual
- ❑ Períodos de trabajo largo o más períodos de pago que lo usual
- ❑ Otra razón: _____
- ❑ Nada anormal pasó que afectara nuestro empleo o cantidad de horas trabajadas

5. ¿Hubo ALGUNA lesión o enfermedad relacionada con el trabajo durante el 2017?
   - ❑ Sí. Pase a la Sección 2: Resumen de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales, 2017, directamente debajo.
   - ❑ No. Pase a la Sección 4: Información del Contacto en la contraportada.

# Sección 2: Resumen de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales, 2017

**Instrucciones:**

1. Refiérase a las formas OSHA para *Registrar Lesiones y Enfermedades Ocupacionales* para la ubicación de referencia identificada 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).
2. Si aparece más de un establecimiento en la portada, esté seguro de incluir la Forma OSHA 300A para todos los establecimientos especificados.
3. Si cualquier **total** es cero en su Forma OSHA 300A, escriba "0" en el espacio del total correspondiente.
4. El total del Número de Casos registrados en G + H + I + J deben ser iguales al **total** de Tipos de Lesiones y Enfermedades registrados 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 |
|---|---|---|---|
| _____ (G) | _____ (H) | _____ (I) | _____ (J) |

***Número de Días***

| Número total de días fuera del trabajo | Número total de días en transferencia o restricción de trabajo |
|---|---|
| _____ (K) | _____ (L) |

***Tipos de Lesiones y Enfermedades***

| Número total de … (M) | | | |
|---|---|---|---|
| (1) Lesiones | _____ | (4) Envenenamientos | _____ |
| (2) Desórdenes de la piel | _____ | (5) Pérdidas de audición | _____ |
| (3) Condiciones respiratorias | _____ | (6) Otras enfermedades | _____ |

Si usted tuvo alguna muerte ocupacional durante el 2017, por favor mencione en la línea de abajo dónde asignó/clasificó cada muerte dentro de la lista de alternativas (M1) hasta (M6) provista bajo los ***Tipos de Lesiones y Enfermedades*** arriba (ej. "la causa de la muerte fue como resultado de una caída" o "muerte por una condición respiratoria")_____

_____

## Pasos para estimar el promedio anual de empleados para el año 2017:

**Paso 1:**
Para calcular el promedio anual de empleados que su establecimiento pagó durante el 2017, debe calcular el número total de empleados que su establecimiento pagó para todos los periodos de pago. Sume el número de empleados que su establecimiento pagó en cada periodo de pago durante el año calendario 2017. Cuente todos los empleados que pagó durante cualquier periodo del año e incluya empleados a tiempo completo, tiempo parcial, temporeros, estacionales, asalariados y por hora. Note que los periodos de pago pueden ser mensual, semanal, bisemanal, etc

***Ejemplo:***
Acme Construction pagó a sus empleados en 12 periodos durante el 2017:

| Periodo de Pago | Número de empleados pagados por periodo de pago |
|---|---|
| 1 | 30 |
| 2 | 0 |
| 3 | 35 |
| 4 | 37 |
| 5 | 37 |
| 6 | 40 |
| 7 | 43 |
| 8 | 42 |
| 9 | 37 |
| 10 | 35 |
| 11 | 30 |
| 12 | +26 |
| | 392 (número total de empleados pagados en todos los periodos) |

**Paso 2:**
Divida el número total de empleados (del paso 1) entre el número de periodos de pago que su establecimiento tuvo en el 2017. Asegúrese de contar cualquier periodo en que no tuvo (cero) empleados.

***Ejemplo:***
Acme Construction tuvo 12 periodos de pago y pagó a un total de 392 empleados durante estos periodos de pago.

392 dividido entre 12 = 32.67

**Paso 3:**
Redondee su contestación al próximo número entero más alto. Escriba ese número en el encasillado de la Sección 1, Pregunta 2 en la página anterior.

***Ejemplo:***
Acme debe redondear 32.67 a 33.

## Pasos para estimar el total de horas trabajadas por todos los empleados en el 2017:

**Paso 1:**
Determine el número de empleados a tiempo completo en su establecimiento.

***Ejemplo:***
De 33 empleados de Acme en 2017, 28 fueron a tiempo completo.

**Paso 2:**
Determine el número de horas generalmente trabajadas por un empleado a tiempo completo durante un año. Multiplique el número de empleados a tiempo completo que calculó en el paso 1 por este número. Este número total de horas debe excluir vacaciones, licencia por enfermedad, días feriados y cualquier otro tiempo no trabajado.

***Ejemplo:***
Cada uno de los 28 empleados a tiempo completo de la Compañía ACME trabajó un promedio de 2,000 horas por año después de excluir vacaciones, licencia por enfermedad, días feriados y otro tiempo no trabajado. Esto resulta en 40 horas semanales por 50 semanas al año.

| | |
|---|---|
| 28 | empleados a tiempo completo |
| X 2,000 | horas por año |
| 56,000 | total de horas a tiempo completo |

**Paso 3:**
Determine el número de horas extras trabajadas por sus empleados a tiempo completo.

Determine el número de horas regulares trabajadas por los empleados que no son a tiempo completo (incluye empleados a tiempo parcial, estacional y temporeros).

Sume estos números al número calculado en el paso 2 arriba. Este es el número estimado de horas trabajadas por todos sus empleados – a tiempo completo y los que no son a tiempo completo - durante el 2017. Anote este número en la Sección 1, pregunta 3 en la página anterior.

***Ejemplo:***
Los 28 empleados a tiempo completo de ACME trabajaron un total de 2,800 horas extras durante el año 2017 y 56,000 horas regulares. Los 5 empleados a tiempo parcial de ACME trabajaron un total de 2,716 horas durante el 2017.

| | |
|---|---|
| 56,000 | horas a tiempo completo del paso 2 |
| 2,800 | horas extras |
| + 2,716 | horas a tiempo parcial |
| 61,516 | total de horas trabajadas |

# Sección 3: Informando Casos con Días Fuera del Trabajo

**Instrucciones:**

1. Si no tuvo casos con días fuera del trabajo en la columna H, usted ha terminado con la encuesta. Vaya a la Sección 4: Información del Contacto en la contraportada y provea información sobre la persona que completó esta encuesta.

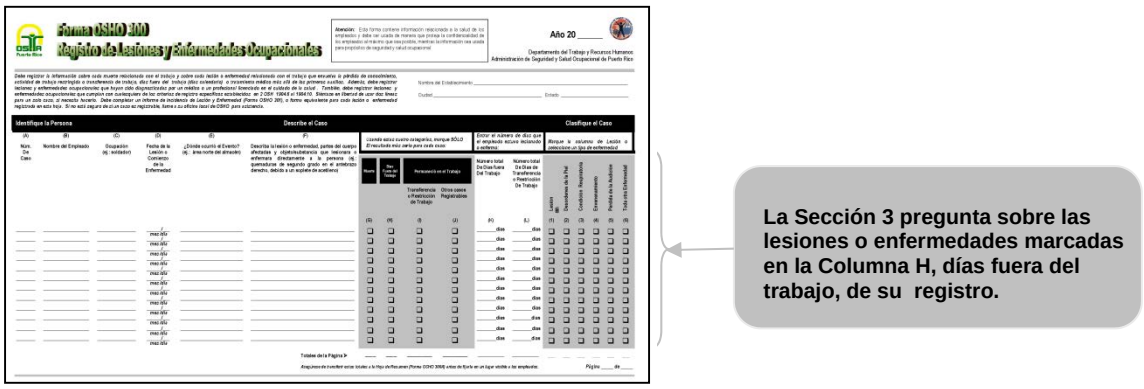
2. Si tuvo casos con días fuera del trabajo en la Columna H, por favor complete la Sección 3.

3. Debe informar solamente casos con días fuera del trabajo. Para identificar los casos individuales que va a informar, siga estos pasos:

**Paso 1:** Vaya a la forma OSHA 300 completada.
Identifique cada caso marcado en la columna (H).
Estos son los únicos casos que debe reportar.
Vea el ejemplo en el paso 3.

**Paso 2:** Llene una forma de Casos con Días Fuera del Trabajo para cada caso que usted identificó en el paso 1. Usted puede obtener la mayor parte de la información de documentos suplementarios tales como: el informe de Incidente de Lesión y Enfermedad (Forma OSHA 301), el informe del Fondo del Seguro del Estado, el Informe de Accidente o un formulario de seguro.

**Paso 3:** Si más de un establecimiento aparece anotado en la portada bajo "Report for this Location", esté seguro de cotejar todas sus formas OSHA 300, para identificar los casos que va a informar.




**Paso 4:** Hemos diseñado esta encuesta para asegurarnos que usted no tenga que informar más de 15 casos. Si usted tiene significativamente más de 15 casos, por favor pase a la Sección 5: Si Necesita Ayuda...en la contraportada de este formulario o llame a nuestros teléfonos para ayuda. Si usted necesita más formas de Casos con Días Fuera del Trabajo, puede fotocopiar la forma en blanco o ir a la Sección 5: Si Necesita Ayuda... en la contraportada y llame a nuestros números.

**Paso 5:** Cuando usted haya finalizado, pase a la Sección 4: Información del Contacto en la contraportada de este formulario y provea información sobre la persona que completó esta encuesta.

# Caso con Días Fuera del Trabajo

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2017 **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.***

## *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) |
|---|---|---|---|---|
| | | ___/___/17 *mes día año* | | |

## *Información sobre el Empleado*

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

- ❑ Oficina, profesional, negocios, o personal gerencial
- ❑ Ventas
- ❑ Ensamblaje de producto, manufactura de producto
- ❑ Reparación, instalación o servicio de máquinas o equipo
- ❑ Construcción
- ❑ Otros:_____
- ❑ Servicios de salud
- ❑ Entrega o choferes
- ❑ Servicios de comida
- ❑ Limpieza, mantenimiento de edificios, terrenos
- ❑ Manejo de material (inventario, carga, descarga, mudanzas, etc.)
- ❑ 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 (13) 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. **¿Fue empleado atendido en una sala de emergencia?** ❑ *si* ❑ *no*

7. **¿Fue el empleado internado en un hospital por la noche?** ❑ *si* ❑ *no*

8. **Hora que el empleado comenzó a trabajar:** _____ ❑*am* ❑ *pm*

9. **Hora del incidente:** _____ ❑ *am* ❑ *pm O* ❑ *No se puede determinar hora*

Incidente ocurrió: ❑ *antes* ❑ *durante* ❑ *después del turno de trabajo*

10. **¿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".

11. **¿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".

12. **¿ 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".

13. **¿ Qué objeto o substancia 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

# Caso con Días Fuera del Trabajo

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2017 **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.***

## *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) |
|---|---|---|---|---|
| | | ___/___/17 *mes día año* | | |

## *Información sobre el Empleado*

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

- ❑ Oficina, profesional, negocios, o personal gerencial
- ❑ Ventas
- ❑ Ensamblaje de producto, manufactura de producto
- ❑ Reparación, instalación o servicio de máquinas o equipo
- ❑ Construcción
- ❑ Otros:_____
- ❑ Servicios de salud
- ❑ Entrega o choferes
- ❑ Servicios de comida
- ❑ Limpieza, mantenimiento de edificios, terrenos
- ❑ Manejo de material (inventario, carga, descarga, mudanzas, etc.)
- ❑ 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 (13) 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. **¿Fue empleado atendido en una sala de emergencia?** ❑ *si* ❑ *no*

7. **¿Fue el empleado internado en un hospital por la noche?** ❑ *si* ❑ *no*

8. **Hora que el empleado comenzó a trabajar:** _____ ❑*am* ❑ *pm*

9. **Hora del incidente:** _____ ❑ *am* ❑ *pm O* ❑ *No se puede determinar hora*

Incidente ocurrió: ❑ *antes* ❑ *durante* ❑ *después del turno de trabajo*

10. **¿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".

11. **¿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".

12. **¿ 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".

13. **¿ Qué objeto o substancia 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

# Caso con Días Fuera del Trabajo

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2017 **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.***

## *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) |
|---|---|---|---|---|
| | | ___/___/17 *mes día año* | | |

## *Información sobre el Empleado*

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

- ❑ Oficina, profesional, negocios, o personal gerencial
- ❑ Ventas
- ❑ Ensamblaje de producto, manufactura de producto
- ❑ Reparación, instalación o servicio de máquinas o equipo
- ❑ Construcción
- ❑ Otros:_____
- ❑ Servicios de salud
- ❑ Entrega o choferes
- ❑ Servicios de comida
- ❑ Limpieza, mantenimiento de edificios, terrenos
- ❑ Manejo de material (inventario, carga, descarga, mudanzas, etc.)
- ❑ 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 (13) 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. **¿Fue empleado atendido en una sala de emergencia?** ❑ *si* ❑ *no*

7. **¿Fue el empleado internado en un hospital por la noche?** ❑ *si* ❑ *no*

8. **Hora que el empleado comenzó a trabajar:** _____ ❑*am* ❑ *pm*

9. **Hora del incidente:** _____ ❑ *am* ❑ *pm O* ❑ *No se puede determinar hora*

Incidente ocurrió: ❑ *antes* ❑ *durante* ❑ *después del turno de trabajo*

10. **¿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".

11. **¿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".

12. **¿ 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".

13. **¿ Qué objeto o substancia 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

# Caso con Días Fuera del Trabajo

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2017 **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.***

## *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) |
|---|---|---|---|---|
| | | ___/___/17 *mes día año* | | |

## *Información sobre el Empleado*

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

- ❑ Oficina, profesional, negocios, o personal gerencial
- ❑ Ventas
- ❑ Ensamblaje de producto, manufactura de producto
- ❑ Reparación, instalación o servicio de máquinas o equipo
- ❑ Construcción
- ❑ Otros:_____
- ❑ Servicios de salud
- ❑ Entrega o choferes
- ❑ Servicios de comida
- ❑ Limpieza, mantenimiento de edificios, terrenos
- ❑ Manejo de material (inventario, carga, descarga, mudanzas, etc.)
- ❑ 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 (13) 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. **¿Fue empleado atendido en una sala de emergencia?** ❑ *si* ❑ *no*

7. **¿Fue el empleado internado en un hospital por la noche?** ❑ *si* ❑ *no*

8. **Hora que el empleado comenzó a trabajar:** _____ ❑*am* ❑ *pm*

9. **Hora del incidente:** _____ ❑ *am* ❑ *pm O* ❑ *No se puede determinar hora*

Incidente ocurrió: ❑ *antes* ❑ *durante* ❑ *después del turno de trabajo*

10. **¿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".

11. **¿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".

12. **¿ 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".

13. **¿ Qué objeto o substancia 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

# Caso con Días Fuera del Trabajo

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2017 **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.***

## *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) |
|---|---|---|---|---|
| | | ___/___/17 *mes día año* | | |

## *Información sobre el Empleado*

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

- ❑ Oficina, profesional, negocios, o personal gerencial
- ❑ Ventas
- ❑ Ensamblaje de producto, manufactura de producto
- ❑ Reparación, instalación o servicio de máquinas o equipo
- ❑ Construcción
- ❑ Otros:_____
- ❑ Servicios de salud
- ❑ Entrega o choferes
- ❑ Servicios de comida
- ❑ Limpieza, mantenimiento de edificios, terrenos
- ❑ Manejo de material (inventario, carga, descarga, mudanzas, etc.)
- ❑ 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 (13) 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. **¿Fue empleado atendido en una sala de emergencia?** ❑ *si* ❑ *no*

7. **¿Fue el empleado internado en un hospital por la noche?** ❑ *si* ❑ *no*

8. **Hora que el empleado comenzó a trabajar:** _____ ❑*am* ❑ *pm*

9. **Hora del incidente:** _____ ❑ *am* ❑ *pm O* ❑ *No se puede determinar hora*

Incidente ocurrió: ❑ *antes* ❑ *durante* ❑ *después del turno de trabajo*

10. **¿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".

11. **¿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".

12. **¿ 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".

13. **¿ Qué objeto o substancia 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

# Caso con Días Fuera del Trabajo

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2017 **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.***

## *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) |
|---|---|---|---|---|
| | | ___/___/17 *mes día año* | | |

## *Información sobre el Empleado*

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

- ❑ Oficina, profesional, negocios, o personal gerencial
- ❑ Ventas
- ❑ Ensamblaje de producto, manufactura de producto
- ❑ Reparación, instalación o servicio de máquinas o equipo
- ❑ Construcción
- ❑ Otros:_____
- ❑ Servicios de salud
- ❑ Entrega o choferes
- ❑ Servicios de comida
- ❑ Limpieza, mantenimiento de edificios, terrenos
- ❑ Manejo de material (inventario, carga, descarga, mudanzas, etc.)
- ❑ 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 (13) 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. **¿Fue empleado atendido en una sala de emergencia?** ❑ *si* ❑ *no*

7. **¿Fue el empleado internado en un hospital por la noche?** ❑ *si* ❑ *no*

8. **Hora que el empleado comenzó a trabajar:** _____ ❑*am* ❑ *pm*

9. **Hora del incidente:** _____ ❑ *am* ❑ *pm O* ❑ *No se puede determinar hora*

Incidente ocurrió: ❑ *antes* ❑ *durante* ❑ *después del turno de trabajo*

10. **¿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".

11. **¿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".

12. **¿ 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".

13. **¿ Qué objeto o substancia 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## Sección 4: Información del Contacto

Llene el nombre, título, y número de teléfono de la persona que completó esta encuesta en caso de que surjan preguntas.

| | | | |
|---|---|---|---|
| _____ | (  )  - | _____ | (  )  - |
| *Nombre en letra de molde* | *Número de Teléfono* | *Ext.* | *Número de fax* |
| _____ | /  / | | |
| *Título* | *Fecha* | | |

Use el sobre pre-dirigido para enviarnos el formulario completo- todo lo que nosotros le enviamos-**dentro de los próximos 30 días después que su establecimiento lo haya recibido.** Si el sobre pre-dirigido no está incluido, envíe todo el formulario a la dirección que aparece en la portada.

## Sección 5: Si Necesita Ayuda . . .

Si usted tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para completar la encuesta, puede llamar al (787) 754-5300, x. 3056 ó x. 3057 ó x. 3036 ó x. 3032. El número de fax es (787) 754-5360. Si prefiere escribir, envíe su carta a la dirección que aparece en la primera página de este formulario.