

# Solicitud de evaluación de riesgos para la salud

Formulario aprobado

OMB N.º 0920-0260

Exp. Xx/xx/20XX

Este formulario también se encuentra disponible en <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/hhe/hhe-reqform.html>

Nombre del lugar de trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del lugar de trabajo \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

¿Qué clase de trabajo se realiza **en este sitio**? \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas trabajan **en este sitio**?

3 o menos     4-9     10-49     50-99     100-249     250 o más

¿Quién es el responsable de la salud y seguridad de los trabajadores en este lugar de trabajo?

Nombre \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Cuáles sustancias peligrosas, agentes o condiciones del trabajo son motivo de preocupación? Si lo sabe, por favor incluya los nombres de las sustancias químicas, nombres comerciales, nombre del fabricante u otros datos de identificación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo se da la exposición en los trabajadores?

Al Respirar     Por contacto con la piel     Al tragar  
 Otro (Explique : \_\_\_\_\_)

¿En qué área del trabajo, como un edificio o departamento, está el peligro?

\_\_\_\_\_

¿Cuántas personas trabajan **en este sitio**?

3 o menos     4-9     10-49     50-99     100-249     250 o más

Describa el tipo de trabajo que se hace en esta área:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué preocupaciones de salud tienen las personas en esta área de trabajo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Información personal

Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono al que desea que lo llamen: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_ a.m. o p.m.

Correo electrónico donde lo pueden contactar: \_\_\_\_\_

(Por favor seleccione uno):

Soy un empleado actualmente y 3 o menos trabajadores están expuestos al peligro.

Soy un empleado actualmente y más de 3 trabajadores están expuestos al peligro.

\*Si selecciona esta casilla, otros 2 trabajadores deberán firmar este formulario y suministrar su información para contactarlos.

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es un promedio de 12 minutos por respuesta, e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y concluir y revisar el proceso de recolección de la información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar recopilación de información, y no se le pedirá a ninguna persona que responda las preguntas en los formularios de solicitud de información, a menos que estos tengan un número de control OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, y sus sugerencias para reducir el tiempo necesario a la dirección CDC / ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-11, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0260).

## Segundo empleado

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número telefónico al que desea que lo llamen: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_ a.m. o p.m.

Correo electrónico donde lo pueden contactar: \_\_\_\_\_

¿Puede NIOSH revelar su nombre a sus empleadores?  No  Sí

## Tercer empleado

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número telefónico al que desea que lo llamen: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_ a.m. o p.m.

Correo electrónico donde lo pueden contactar: \_\_\_\_\_

¿Puede NIOSH revelar su nombre a sus empleadores?  No  Sí

## Complete esta sección si usted es representante del sindicato

Nombre del sindicato: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Su cargo en el sindicato: \_\_\_\_\_

## Complete esta sección si usted representa al empleador

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su cargo en la empresa, agencia u organización? \_\_\_\_\_

## Para todos

¿Alguna otra agencia del gobierno ha evaluado este lugar de trabajo?  No  Sí  No sé

Si la respuesta es sí:

¿Cuál agencia? \_\_\_\_\_

¿En qué año se hizo la evaluación? \_\_\_\_\_

Marque esta casilla si esta evaluación se está realizando ahora

¿Es un pedido para el reporte sobre peligros presentado a otra agencia?  No  Sí  No sé

Si la respuesta es sí:

¿Cuál agencia? \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró del Programa de Evaluación de Peligros para la Salud (HHE) de NIOSH?

sitio de internet de NIOSH  Facebook  Otro sitio de Internet (explique : \_\_\_\_\_)

línea telefónica de información de CDC  Sindicato  Compañeros de trabajo  Funcionario de la compañía

Revista o boletín del gremio/industria/sindicato  Otro (explique : \_\_\_\_\_)

---

Si tiene preguntas acerca de este formulario, llámenos al (513) 841-4282 o envíenos un correo electrónico a [HHERequestHelp@cdc.gov](mailto:HHERequestHelp@cdc.gov).

Para enviar este formulario por fax, marque el (513) 841-4488.

Para enviar este formulario por correo, diríjalo a: National Institute for Occupational Safety and Health

4676 Columbia Parkway, MS R-9

Cincinnati, Ohio 45226

**Gracias por enviar este formulario. Le daremos una respuesta dentro de 10 días.**