

DEPARTMENT OF HOMELAND SECURITY
U.S. Coast Guard
REPORTE DEL ACCIDENTE EN BARCOS DE RECREACIÓN

OMB Control Number: 1625-0003

Expiración: 31/12/2015

Instrucciones: Use la sección "Reporte requerido porque" abajo para determinar si su accidente requiere un reporte. Si es requerido, para cada dueño u operador del barco involucrado en el accidente, favor de emitir un reporte a la Autoridad del Estado. Cada operador o dueño del barco involucrado en un accidente debe de emitir un reporte por separado. Para cada pregunta abajo, favor de responder lo que aplica (al caso) o es conocido; si no, déjelo en blanco. Aviso del Acto de Privacidad: Autoridad -46 U.S.C. 6102 y 33 CFR 173 y 174 autorizan la colección de información en accidentes de barcos. Intención: El Guarda Costa usa esta información con propósito estadístico, como información al público, como medidas del esfuerzo del Programa y para regular las consecuencias relacionadas con la seguridad de barcos. Uso Rutino: El Guarda Costa comparte esta información dentro de la Agencia y si la Ley del Estado o Federal lo permite, al público.

SUMISION DEL REPORTE

Reporte requerido porque (seleccione todos los que aplican):

Si alguna persona murió en este accidente. Si fue así, ¿cuántas? _____

Si alguna persona lesionada en este accidente requirió o necesitó mayor tratamiento que primeros auxilios. Si fue así, ¿cuántas? _____

Si alguna persona desapareció y no ha sido recobrada. Si fue así, ¿cuántas? _____

Todo daño al barco y a otra propiedad (Ej. equipo de pesca/caza) causados por este accidente que ascienden (o casi ascienden) a \$2,000 o más:

Valor aproximado de daños a su barco: \$ _____

Valor aproximado de daños a su otra propiedad: \$ _____

Su u otro barco en este accidente fue (o posiblemente fue) una pérdida total.

Reporte emitido por: (seleccione todo lo que aplica):

Operador del barco (requerido si es posible)

Dueño del barco (si el operador no puede, o si él es el operador)

Otro (describalo): _____

Para ser sometido dentro de:

48 horas (si hubo heridos/desaparecidos/muertos)

10 días (si sólo daño al barco y a otra propiedad)

Para ser emitido a: (Autoridad de Reporte Local del Estado)

Teléfono:

Ud. puede someter comentarios sobre la exactitud de la estimación de carga impositiva o cualquier sugerencia para reducir la carga a: Commandant (CG-BSX-21) U. S. Coast Guard, Washington, D.C. 20593-0001, ó a Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (1625-0003), Washington, D. C. 20503. Preguntas sobre la solicitud de estos datos deben enviarse al Coast Guard.

Uso por las Oficinas del Estado solamente

Nombre

Apellido

Teléfono:

Nombre	Apellido	Teléfono
--------	----------	----------

Causa primaria del accidente

SUMARIO DEL ACCIDENTE

<p>¿CUÁNDO?</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____ am pm (dd/mm/aaaa) (seleccione una)</p> <p>¿DÓNDE?</p> <p>Cuerpo de agua _____</p> <p>Localidad (en el agua) descripción _____</p> <p>Ciudad ó pueblo más cercano _____</p> <p>Condado: _____ Estado: _____</p> <p>SU BARCO - PERSONAS</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">No. de personas abordó (incluyendo el operador)</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>No. de personas siendo remolcadas (Ej. en tubos/esquis)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No. de personas con salvavidas (abordó o en remolque)</td> <td></td> </tr> </table> <p>OTROS BARCOS INVOLUCRADOS EN ESTE ACCIDENTE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">No. de otros barcos en el accidente</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	No. de personas abordó (incluyendo el operador)		No. de personas siendo remolcadas (Ej. en tubos/esquis)		No. de personas con salvavidas (abordó o en remolque)		No. de otros barcos en el accidente		<p>DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: Brevemente describa el accidente (adjunte más páginas si necesita)</p> <p>DAÑO A SU BARCO: Brevemente describa cualquier daño a su barco</p> <p>DAÑO A SU OTRA PROPIEDAD: (no el barco) Brevemente describa cualquier daño a su otra propiedad (no el barco)</p>
No. de personas abordó (incluyendo el operador)									
No. de personas siendo remolcadas (Ej. en tubos/esquis)									
No. de personas con salvavidas (abordó o en remolque)									
No. de otros barcos en el accidente									

Para cada pregunta abajo, responda SI APLICAN AL CASO Y CONOCE LA RESPUESTA; si no, déjelo en blanco.

SU BARCO

IDENTIFICACIÓN DEL BARCO

Nombre del barco:	Fabricante:
Nombre del modelo:	Año del modelo:
No. de registro:	No. documentación:
Identificación del casco (HIN)	Rentado: Sí No

ESTIMADO DEL TAMAÑO (use pies y pulgadas o metros y centímetros pero explique cual usa)

Largo:	pies	Profundidad desde el travesaño (en la popa) a la quilla (a lo más profundo)	pies	pulgadas	Anchura de la manga en lo más ancho	pies	pulgadas
--------	------	---	------	----------	-------------------------------------	------	----------

MATERIAL DEL CASCO

Tipo de material del casco (seleccione uno)							
<input type="checkbox"/> Fibra de vidrio	<input type="checkbox"/> Madera	<input type="checkbox"/> Hule/vinil/canvas	<input type="checkbox"/> Otro (describa)				
<input type="checkbox"/> Aluminio	<input type="checkbox"/> Acero	<input type="checkbox"/> Plástico					

TIPO DE BARCO

Tipo de barco (seleccione uno)				Propulsion Disponible (seleccione todo lo que aplica)			
<input type="checkbox"/> De motor y cabina	<input type="checkbox"/> Inflable	<input type="checkbox"/> Canoa	<input type="checkbox"/> Naves acuáticas personales (PWC) (Ej. Wave Runner™, Jet Ski™, Sea-Doo™)	<input type="checkbox"/> Hélice	<input type="checkbox"/> Impulso de aire		
<input type="checkbox"/> Motor sin cabina	<input type="checkbox"/> Casa barco	<input type="checkbox"/> Bote de remo	<input type="checkbox"/> Otro (describa)	<input type="checkbox"/> Vela	<input type="checkbox"/> Otro (describa)		
<input type="checkbox"/> Velero con motor	<input type="checkbox"/> Velero (solo)	<input type="checkbox"/> Bote de aire		<input type="checkbox"/> Manual			
<input type="checkbox"/> Barco pontón	<input type="checkbox"/> Kayak			<input type="checkbox"/> Jet de agua			

MAQUINARIA

No. de motores	Tipo de maquinaria y caballos de fuerza (seleccione uno)				Tipo de combustible (seleccione todo lo que aplica)			
Fabricante	<input type="checkbox"/> Fuera borda	<input type="checkbox"/> Unidad inferior (I/O)	<input type="checkbox"/> Dentro borda	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Gasolina	<input type="checkbox"/> Diesel	<input type="checkbox"/> Eléctrico	
	Total de caballos de fuerza (hp):							

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Organizaciones que han realizado Verificación de Seguridad Abordo (VSC) de su barco durante este año pasado (incluyendo equipo de seguridad abordo; Ej. salvavidas, ancla, cabo, y equipo matafuego)

US Guarda Costa:	¿VSC Calcomanía?	Sí	No	Agencia federal (nombre)	
US Escuadra de Fuerza:	¿VSC Calcomanía?	Sí	No	Agencia estatal (nombre)	
				Otras agencias (nombre)	
No. de salvavidas abordo	No. de extintores abordo	Tipo de extintores (Ej. ABC)			
	No. de extintores usados	¿Cuántos extintores usados?			

DETALLES DEL ACCIDENTE - CONDICIONES EXTERNAS

TIEMPO

El tiempo estaba (seleccione uno)	Era de (seleccione uno)	Visibilidad era (seleccione uno)	Viento era (seleccione uno)
<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Lluvia	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> 0 mph (ninguno)
<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Nevando	<input type="checkbox"/> Mediocre	<input type="checkbox"/> Sobre 0, hasta 12 mph (ligero)
<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Brumoso	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Sobre 12, hasta 25 mph (moderado)
<input type="checkbox"/> Otra (describa)	Temperatura del aire: °F		<input type="checkbox"/> Sobre 25, hasta 55mph (fuerte)
			<input type="checkbox"/> Sobre 55 mph (tempestuoso)

AGUAS

Condiciones generales de las aguas (seleccione uno)		Otras condiciones de las aguas			
<input type="checkbox"/> Olas hasta 6 pulgadas (calmado)		Temperatura del agua: °F			
<input type="checkbox"/> Olas sobre 6 pulgadas hasta 2 pies (picado)		¿Corriente fuerte?		Sí	No
<input type="checkbox"/> Olas sobre 2 pies hasta 6 pies (agitado)		¿Aguas peligrosas? (Ej. mareas fuertes, rápidos)		Sí	No
<input type="checkbox"/> Olas sobre 6 pies (muy agitado)		¿Aguas congestionadas?		Sí	No

Para cada pregunta abajo, responda SI APLICAN AL CASO Y CONOCE LA RESPUESTA; si no, déjelo en blanco.

DETALLES DEL ACCIDENTE- ACTIVIDADES Y OPERACIONES DE SU BARCO

ACTIVIDADES DEL OPERADOR/PASAJEROS

Actividades del operador/pasajeros del barco cuando ocurrió el accidente:

Actividades eran (seleccione una) Actividades del operador/pasajeros (seleccione todos los que aplican)

Recreativo	Pesca	Tubing	Arrancar el motor
Comercial	Caza	Esquí acuático	Hacer reparaciones
	Rafting en rápidos	Descansando	Otra (describa):

OPERACIONES DEL BARCO

Operaciones del barco cuando ocurrió el accidente (seleccione todos los que aplican)

Navegando (motorizado)	A la deriva	Competencia	Remolcando otro barco
Cambio de dirección	En ancla	Remando/canaleteando	Botando al agua
Cambio de velocidad	Siendo remolcado	Desatracando del muelle	Atracado al muelle
Navegando (velero)	Otro (liste):		

DETALLES DEL ACCIDENTE - FACTORES CONTRIBUYENTES EN SU BARCO

FACTORES CONTRIBUYENTES

Indique los factores en su barco cuales contribuyeron a este accidente (seleccione todos los que aplican)

Uso de bebidas alcohólicas	Vigía inapropiado	Dique/esclusas	Arrancar en cambio
Uso de drogas	Falta de atención del operador	Fuerza de la estela/ola	Vuelta cerrada
Velocidad excesiva	Operador sin experiencia	Aguas peligrosas	Visibilidad reducida
Anclaje inapropiado	Barrera de idioma	Mal tiempo meteorológico	Guías inadecuadas de navegación (Ej. boya)
Carga inapropiada	Violación de las reglas de navegación	Incendio de combustible/vapor	Luces de navegación abordo inadecuadas
Sobrecargado	Falta de ventilación	Falla del casco	Personas en la regala, la proa, ó el travesaño
Otro (describa):			

DETALLES DEL ACCIDENTE - SU BARCO

MALOGRO DE LA MAQUINARIA O EL EQUIPO

Malogro de maquinaria o equipo en su barco que contribuyeron a este accidente (seleccione todos los que aplican)

Motor/maquinaria	Luces abordo	Cambios	Equipo de sonido (Ej. Silbato)
Sistema eléctrico	Asientos	Radio	Equipo auxiliar
Sistema de combustión	Timón	Matafuegos	Otro (describa):
Vela/mástil	Acelerador	Ventilación	
Equipo a la navegación a bordo (Ej. GPS)			

DETALLES DEL ACCIDENTE - EVENTOS EN SU BARCO

EVENTOS DEL ACCIDENTE

Tipo de eventos ocurridos durante el accidente/en su barco durante el accidente (seleccione todo lo que aplica)

Colisión con un barco de recreación	Inundarse/empantanarse	Persona cayó al agua
Colisión con un barco de comercio (Ej. barcaza)	Fuego/explosión - combustible	Persona cayó en/dentro del barco
Colisión on un objeto fijo (Ej. muelle o puente)	Fuego/explosión - no combustible	Condicion médica repentina
Colisión con objeto sumergido (Ej. Cable o poste)	Exp. a monóxido de carbono	Persona golpeada por el barco
Colisión con objeto flotante (Ej. palos, boya)	Percance de esquiar, tubos, abordador de estelas, etc.	Persona herida por la helice o unidad de propulsion
Zozobrase	Persona dejó el barco voluntariamente	Persona electrocutada
Barco a tierra	Persona arrojada del barco (causado por maniobra o colisión)	
Hundirse	Otro (describa):	

Para cada pregunta abajo, responda SI APLICAN AL CASO Y CONOCE LA RESPUESTA; si no, déjelo en blanco.

DETALLES DEL ACCIDENTE - SU BARCO

PERSONAS LESIONADAS QUE RECIBIERON Ó NECESITARON TRATAMIENTO MAYOR DE PRIMEROS AUXILIOS.

Reporte sólo personas en, o golpeadas o remolcadas por su barco que recibieron/necesitaron más tratamiento de primeros auxilios. No reporte personas en o golpeadas o remolcadas por otro barco o por ningún barco (Ej. nadadores, personas en el muelle). Para reportar más de una persona lesionada, adjunte páginas adicionales al reporte. Si ninguna, SALTE (sección) PERSONAS LESIONADAS.

PERSONAS LESIONADAS O HERIDAS

Nombre	Inicial	Apellido
Dirección		
Ciudad	Estado	Zip
Teléfono	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad

DETALLES DE LESIONES

Lesiones causadas cuando la persona (seleccione todo lo que aplica)	Tipo de lesiones más severas (seleccione uno)
<input type="checkbox"/> Topó el (Ej. agua, barco)	<input type="checkbox"/> Rasguño/moretón
<input type="checkbox"/> Fue golpeado por (Ej. barco, hélice)	<input type="checkbox"/> Herida
<input type="checkbox"/> Fue expuesto a monóxido de carbono	<input type="checkbox"/> Torcedura/tension
<input type="checkbox"/> Recibió un choque eléctrico	<input type="checkbox"/> Conmoción cerebral/daño al cerebro
<input type="checkbox"/> Otro (describa):	<input type="checkbox"/> Daño a la espina dorsal
<input type="checkbox"/> ¿Persona usando un salvavidas?	<input type="checkbox"/> Hueso fracturado/quebrado
<input type="checkbox"/> ¿Persona recibió más de primeros auxilios?	<input type="checkbox"/> Parte del cuerpo seriamente lesionado (Ej. cabeza/torso/pierna)
<input type="checkbox"/> ¿Persona admitida al hospital?	

DETALLES DEL ACCIDENTE- SU BARCO - MUERTES/DESAPARICIONES

Sólo reporte personas muertas/desaparecidas dentro de o golpeadas o remolcadas por su barco. Si hay más de una muerte/desaparición para reportar, adjunte copias adicionales de esta página. Si ninguna, SALTE la sección MUERTES/DESAPARICIONES.

PERSONA QUE MURIÓ/DESAPARECIÓ

Nombre	Inicial	Apellido
Dirección		
Ciudad	Estado	Zip
Teléfono	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad

DETALLES DE LA MUERTE/DESAPARICIÓN

Lesión causada cuando la persona (seleccione todo lo que aplica)	Causa de la muerte/desaparición (seleccione uno)
<input type="checkbox"/> Topó el (Ej. barco, agua)	<input type="checkbox"/> Muerte - ahogado
<input type="checkbox"/> Fue golpeado por (Ej. barco, hélice)	<input type="checkbox"/> Muerte - otra posible causa (describa)
<input type="checkbox"/> Fue expuesto al envenenamiento de monóxido de carbono	
<input type="checkbox"/> Recibió un choque eléctrico	<input type="checkbox"/> Desaparecido aún no ha sido recobrado
<input type="checkbox"/> Otro (describa):	<input type="checkbox"/> ¿Persona usando un salvavidas?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Para cada pregunta abajo, responda SI APLICAN AL CASO Y CONOCE LA RESPUESTA; si no, déjelo en blanco.

DETALLES DEL ACCIDENTE - OPERADOR DE SU BARCO

CURSO DEL OPERADOR		MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL OPERADOR					
Clase completada en seguridad de transporte en barcos <i>(seleccione todo lo que aplica)</i>		Abordo, antes del accidente, estaba el operador usando					
<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Un salvavidas	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Curso por el Estado	<input type="checkbox"/>	Un interruptor de motor <i>(Acollador ó aparato inalámbrico)</i> si es aplicable	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Curso del Auxiliar del USCG	Abordo, antes del accidente, estaba el operador usando:		<input type="checkbox"/>	¿Bebida alcohólica?	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Curso del Escuadrón de Fuerza			<input type="checkbox"/>		Sí	
<input type="checkbox"/>	Por internet <i>(nombre de la organizacion responsable)</i>	<input type="checkbox"/>	¿Drogas?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Otro <i>(describa):</i>	<input type="checkbox"/>	¿Operador fue arrestado por navegar bajo la influencia?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	¿Reportes del tiempo fueron consultados antes del accidente?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

EXPERIENCIA DEL OPERADOR

Experiencia operando esta clase de barco *(seleccione una)*

<input type="checkbox"/>	0 to 10 horas	<input type="checkbox"/>	Sobre 10, hasta 100 horas	<input type="checkbox"/>	Sobre 100, hasta 500 horas	<input type="checkbox"/>	Sobre 500 horas
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

DETALLES DEL ACCIDENTE - OTRAS PERSONAS CLAVE

Sólo reporte otras personas clave no documentadas como lesionados, muertos, desaparecidos u operador/dueño de su barco. Si hay que reportar más de dos personas clave, adjunte copias adicionales de esta página.

NOMBRE/DIRECCIÓN

Esta otra persona clave fue *(seleccione todo lo que aplica)*

Operador de otro barco Otro dueño de barco Dueño de otra propiedad dañada Pasajero en su barco Testigo

Nombre		Inicial		Apellido	
Dirección					
Ciudad			Estado		Teléfono
Nombre del otro barco <i>(si alguno)</i>			No. registro del otro barco <i>(si alguno)</i>		

NOMBRE/DIRECCIÓN

Esta otra persona clave estaba *(seleccione todo lo que aplica)*

Operador de otro barco Otro dueño de barco Dueño de otra propiedad dañada Pasajero en su barco Testigo

Nombre		Inicial		Apellido	
Dirección					
Ciudad			Estado		Teléfono
Nombre del otro barco <i>(si alguno)</i>			No. registro del otro barco <i>(si alguno)</i>		

Para cada pregunta abajo, responda SI APLICAN AL CASO Y CONOCE LA RESPUESTA; si no, déjelo en blanco.

OPERADOR DE SU BARCO

NOMBRE/DIRECCIÓN

Nombre	Inicial	Apellido
Dirección		
Ciudad	Estado	Zip

EDAD/GENERO/TELÉFONO

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad	Genero	Masculino	Femenino	Teléfono
-------------------------------------	------	--------	-----------	----------	----------

DUEÑO DE SU BARCO

Si el dueño es la misma persona que *el operador*, SALTE la sección DUEÑO DE SU BARCO.

NOMBRE/DIRECCIÓN/TELÉFONO

Nombre	Inicial	Apellido	
Dirección			
Ciudad	Estado	Zip	Teléfono

PERSONA EMITIENDO ESTE REPORTE

Si es el mismo que el *operador* O *dueño* de su barco, SALTE la sección PERSONA EMITIENDO ESTE REPORTE.

NOMBRE/DIRECCIÓN/TELÉFONO

Nombre	Inicial	Apellido	
Dirección			
Ciudad	Estado	Zip	Teléfono

Yo fui un (seleccione uno)

<input type="checkbox"/>	Otra persona abordo de este barco
<input type="checkbox"/>	Testigo del accidente <i>no</i> abordo de este barco
<input type="checkbox"/>	Otro (<i>describa</i>)

FIRMA DE LA PERSONA EMITIENDO ESTE REPORTE

Su Firma	Fecha (dd/mm/aaaa)
----------	--------------------

Una Agencia no puede conducir o patrocinar y una persona no es requerida de responder a la solicitud de información, sí no tiene un número actual y válido del OMB.

El Guarda Costa estima que toma 30 minutos para completar este reporte. Ud. puede someter cualquier comentarios respecto a la exactitud de este trabajo al Commandant (CG-BSX-21) U.S. Coast Guard, Washington, DC 20593-0001 o a la: Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (1625-0003), Washington, DC 20503.