

Attachment C
Health Hazard Evaluation Request Form -- Spanish Version

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?

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).

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.

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.

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.