Departamento del Trabajo de E.U., Negociado de Estadísticas OMB No. 1220-0045

**Encuesta Sobre Lesiones y Enfermedades**

**Ocupacionales, 2021**

**Formulario de Puerto Rico - Respuesta por Fax**

**Complete y envíe al fax (787) 754-5360**

La Ley Federal requiere la respuesta de los patronos seleccionados en la Encuesta Sobre Lesiones y Enfermedades Ocupacionales del Negociado de Estadísticas del Trabajo. Si usted tiene alguna pregunta, comuníquese por favor al número de teléfono incluido en las instrucciones del formulario.

|  |
| --- |
| **Sección 1: Información del Establecimiento** |

**Número de Identificación del Establecimiento** (de la portada del formulario de la encuesta) **43** – –

**NOMBRE DE LA COMPAÑIA e INFORME PARA ESTE ESTABLECIMIENTO Fecha**

(de la portada del formulario de la encuesta)

**Nombre del Contacto y Título** (letra de molde) **Número de Teléfono (ext) Número de fax**

 ( ) - ( ) -

1. Anote el promedio anual de empleados para el 2021.

2. Anote el total de horas trabajadas por todos los empleados durante el 2021.

3. ¿Hubo ALGUNA lesión o enfermedad relacionada con el trabajo durante el 2021?

❑ Sí. **Complete la Sección 2, abajo.**❑ No **Por favor envíe la forma al fax (787) 754-5360.**

|  |
| --- |
| **Sección 2: Resumen de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales** |

1. Refiérase a los *Formularios* *para Registrar Lesiones y Enfermedades Ocupacionales* de OSHA e identifique el establecimiento de referencia en la portada de la encuesta bajo “Report for”.
2. Si usted prefiere, puede incluir una fotocopia de su *Resumen* *de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales* (Formulario OSHA 300A). Si aparece más de un establecimiento en la portada de esta encuesta, asegúrese de incluir el Formulario OSHA 300A para todos los establecimientos especificados.
3. Si algún total es cero en su Formulario OSHA 300A, escriba “0” en el espacio del total correspondiente.
4. El número total de casos registrados en G + H + I + J debe ser igual al **total** de tipos de lesiones y enfermedades registradas 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**Si hay casos registrados en la Columna H o en la Columna I, debe completar un Formulario de *Caso de Lesiones y Enfermedades* para cada caso y enviarla con su respuesta por fax.** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (G) |  | **(H)****NOTA:** |  | (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)Pérdida de audición |  | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (3)Condiciones respiratorias | \_\_\_\_\_\_\_\_ |  | (6)Otras enfermedades  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_ |

 BLS-9300 FAX

Formulario de Caso de Lesiones y Enfermedades

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2021, **solamente** si resultaron con días fuera del trabajo o días de transferencia o restricción de trabajo. Debe completar un *Formulario de* *Caso de Lesiones y Enfermedades* para cada una de las lesiones o enfermedades incluidas en la Columna H o en la Columna I. La mayor parte de la información relacionada al empleado y el incidente puede encontrarse en el *Formulario OSHA 301*.

|  |
| --- |
|  |

***Información sobre el Caso***

Pase al *Formulario OSHA 300* completado. Traslade la información del caso de ese formulario a los siguientes espacios:.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Empleado**(Columna B) | **Ocupación**(Columna C) | **Fecha lesión****o****comienzo de la enfermedad**(Columna D) / /21 *mes día año* | **Número de días fuera del trabajo**(Columna K) | **Número de días de transferencia o restricción de trabajo**(Columna L) |
|  |  |  |  |  |

***Información del Incidente***

**Conteste las siguientes preguntas o adjunte una copia de un documento suplementario que tenga las contestaciones.**

1. **¿Fue el empleado atendido en una sala de emergencia?** ❑ *si*  ❑ *no*
2. **¿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 así como las 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. **¿Cuál 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 brazo radial”. Si esta

 pregunta no aplica al incidente, favor dejarla en blanco.

***Información sobre el Empleado***

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

|  |  |
| --- | --- |
|  ❑ Oficina, profesional, negocios, | ❑ Servicios de salud |
|  o personal gerencial | ❑ Entrega o choferes |
|  ❑ Ventas | ❑ Servicios de comida |
|  ❑ Ensamblaje de producto, | ❑ Limpieza, mantenimiento |
|  manufactura de producto |  de edificios, terrenos |
|  ❑ Reparación, instalación o servicio de máquinas o equipo  ❑ Construcción | ❑ Manejo de material (inventario, carga, descarga, mudanzas, etc.) |
|  ❑ Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❑ 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 adjunte una copia de 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 cuántos 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

|  |
| --- |
|  |

**Gracias por su participación. Envíe por fax los formularios completados al número de fax que se encuentra en el anverso de este formulario.**