

# Encuesta Sobre Lesiones y Enfermedades Ocupacionales, 2021

**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.**

## 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 Negociado de Estadísticas del Trabajo. Si usted tiene alguna pregunta, comuníquese por favor al número de teléfono incluya 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 COMPAÑÍA 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

- 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".
- 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.
- Si algún total es cero en su Formulario OSHA 300A, escriba "0" en el espacio del total correspondiente.
- 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

(G)

(H)

(I)

(J)

NOTA:

#### 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

(2) Desórdenes de la piel

(3) Condiciones respiratorias

(4) Envenenamientos

(5) Pérdida de audición

(6) Otras enfermedades

# Formulario de Caso de Lesiones y Enfermedades

Si tuvo casos en 2021 con días fuera del trabajo (Columna H en la Sección 2 en la Página 1) o días de transferencia o restricción de trabajo (Columna I en la Sección 2 en la Página 1), por favor complete un *Formulario de Caso de Lesiones y Enfermedades* para cada caso. Hemos diseñado esta encuesta para asegurarnos de que no tenga que informar más de 8 casos. Si tiene más de 8 casos, comuníquese con la oficina cuyo número aparece en el frente del formulario de la encuesta.

## 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)

**Número de días  
fuera del trabajo**  
(Columna K)

**Número de días  
de transferencia  
o restricción de  
trabajo**  
(Columna L)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/21  
mes día año

## Información sobre el Empleado

## Información del Incidente

### 1. Seleccione la categoría que mejor describa el tipo de ocupación ó

trabajo regular del empleado (opcional)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oficina, profesional, negocios, o personal gerencial    | <input type="checkbox"/> Seguridad pública  |
| <input type="checkbox"/> Ventas  | <input type="checkbox"/> Entrega o choferes   |
| <input type="checkbox"/> Ensamblaje de producto, manufactura de producto         | <input type="checkbox"/> Servicios de comida  |
| <input type="checkbox"/> Reparación, instalación o servicio de máquinas o equipo | <input type="checkbox"/> Limpieza, mantenimiento de edificios, terrenos                   |
| <input type="checkbox"/> Construcción  | <input type="checkbox"/> Manejo de material (inventario, carga, descarga, mudanzas, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____  | <input type="checkbox"/> Agricultura  |

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

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

6. ¿Fue el empleado atendido en una sala de emergencia?  sí  no

7. ¿Fue el empleado internado en un hospital por la noche?  sí  no

8. Hora que el empleado comenzó a trabajar: \_\_\_\_\_  am  pm

9. Hora del incidente: \_\_\_\_\_  am  pm  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 sustancia 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.

### 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