

# Encuesta Sobre Lesiones y Enfermedades Ocupacionales, 2023



**SU RESPUESTA ES REQUERIDA POR LEY EN 30 DIAS.**

Por favor, haga los cambios necesarios en la dirección de su compañía

**Para su conveniencia, puede someter la respuesta de su encuesta en nuestro sitio en la red <https://idcf.bls.gov>.  
¡Para más información vea el folleto dentro de este formulario!**

Estimamos que le tomará un promedio de 24 minutos completar esta encuesta (entre 10 minutos a 5 horas por formulario), incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, reunir y mantener los datos necesarios, llenar y revisar la información. Si usted tiene comentarios acerca del estimado de tiempo o de algún otro aspecto de esta encuesta, incluyendo sugerencias para reducir esta tarea, envíe un correo electrónico a: Bureau of Labor Statistics, Occupational Safety and Health Statistics (1220-0045), a [OSHS\\_Public@bls.gov](mailto:OSHS_Public@bls.gov). A las personas no se les requiere contestar este cuestionario a menos que el mismo contenga un número de control válido (OMB). **POR FAVOR, NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A ESTA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.**

La Oficina de Estadísticas Laborales, sus empleados, agentes y agencias estadísticas asociadas utilizarán la información que usted entregue únicamente para fines estadísticos y mantendrán la información de manera confidencial hasta el máximo permitido por la ley. De acuerdo con la Ley de Protección de la Información Confidencial y Eficiencia Estadística (44 U.S.C. 3572) y otras leyes federales aplicables, sus respuestas no serán divulgadas de una forma identificable sin su consentimiento informado. Conforme a la Ley de Mejoramiento de la Seguridad Cibernética de 2015, los sistemas informáticos federales están protegidos contra actividades maliciosas mediante la aplicación de un filtro de seguridad cibernética de los datos transmitidos.

BLS-9300 N06

# Pasos para Completar esta Encuesta

Esta encuesta requiere al patrono que provea información sobre lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo basada en los datos que han mantenido durante el año calendario 2023 en sus *Formas* para Registrar Lesiones y Enfermedades Ocupacionales de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA). Copias de estas formas le fueron enviadas por correo a finales del 2023. Bajo la Ley Pública 91-596, todos los establecimientos que reciban esta encuesta obligatoria, deben completarla y devolverla dentro de 30 días aunque **no** hayan tenido lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo durante el 2023. Las siguientes instrucciones detallan los pasos para completar la encuesta, independientemente de que su establecimiento tuvo o no casos de lesiones o enfermedades en el 2023.

- Paso 1:** Complete esta encuesta sólo para el (los) establecimiento(s) indicados en la portada bajo “Report for this Location.” Si no está seguro, por favor llame al número que aparece en la portada de este formulario: “**For Help Call...**”
- Paso 2:** Coteje la dirección de su compañía impresa en la portada. Haga las correcciones necesarias directamente en la portada.
- Paso 3:** Refiérase a las Formas *OSHA utilizadas para Registrar Lesiones y Enfermedades Ocupacionales* de su establecimiento. Copias de estas formas le fueron enviadas a finales del 2022:

Traslade esta información a la Sección 2 de la encuesta.

Traslade esta información a la Sección 1 de la encuesta.

- Si no hubo lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo en el 2023, conteste todas las preguntas en la Sección 1 de la encuesta.
- Si hubo al menos una lesión o enfermedad relacionada al trabajo en el 2023, conteste todas las preguntas en la Sección 1 y 2 de la encuesta.

Traslade su “User ID” del sello a la Sección 1.

<p>DATA COLLECTION AGENCY SURVEY STAFF 123 MAIN STREET MY CITY, US 12345-0000</p> <p>Report for this Location: SAME AS YOUR COMPANY ADDRESS</p> <p>For Help Call: (555) 111-1234</p> <p>User ID: 302123456789</p> <p>Temporary Password: AnsU5155</p> <p>77-123456789-1 2015-1 485510 12 P 60 00</p>	<p style="text-align: right;">Address for Return Envelope</p> <p>DATA COLLECTION AGENCY SURVEY STAFF 123 MAIN STREET MY CITY, US 12345-0000</p> <p>Your Establishment ID: 77-123456789-3</p> <p>Your Company Address: YOUR COMPANY NAME 967 YOUR STREET YOUR CITY, US 98765-0000</p>
--	--

- Para cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo con días fuera del trabajo o días de transferencia o restricción de trabajo ocurridas durante el 2023, complete además, la Sección 3.

- Paso 4:** Escriba el nombre de la persona que completó esta encuesta en caso de que haya preguntas en la Sección 4: Información del Contacto en la contraportada de esta encuesta.
- Paso 5:** Devuelva esta encuesta y cualquier anejo en el sobre incluido dentro de los 30 días de la fecha en que su establecimiento lo recibió. Métodos alternos de informar como el correo electrónico o internet, son explicados en un folleto en el centro de este formulario.

# Sección 1: Información del Establecimiento

**Instrucciones:** Utilizando su *Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales (Forma OSHA 300A)* para el año calendario 2023, anote la información del establecimiento en los encasillados correspondientes. Si estos números no están disponibles en su forma OSHA 300A, o su establecimiento no mantiene los records necesarios para contestar las preguntas (2) y (3) en esta sección usted los puede estimar siguiendo los pasos en la próxima página.

- Anote su "User ID" de la portada.
- Anote el promedio anual de empleados para el 2023.
- Anote el total de horas trabajadas por todos los empleados durante el 2023.
- Seleccione cualquier condición que pudiera haber afectado sus contestaciones a las preguntas 2 y 3 durante el 2023:
 

<input type="checkbox"/> Huelga o cierre patronal	<input type="checkbox"/> Períodos de trabajo corto o menos períodos de pago que lo usual
<input type="checkbox"/> Cierre o cesantías	<input type="checkbox"/> Períodos de trabajo largo o más períodos de pago que lo usual
<input type="checkbox"/> Trabajo estacional	<input type="checkbox"/> Otra razón: _____
<input type="checkbox"/> Desastre natural o condiciones del tiempo adversas	<input type="checkbox"/> Nada anormal pasó que afectara nuestro empleo o cantidad de horas trabajadas
- ¿Hubo ALGUNA lesión o enfermedad relacionada con el trabajo durante el 2023?
  - Sí. Pase a la Sección 2: Resumen de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales, 2023, directamente debajo.
  - No. Pase a la Sección 4: Información del Contacto en la contraportada.

# Sección 2: Resumen de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales, 2023

**Instrucciones:**

- Refiérase a las formas OSHA para *Registrar Lesiones y Enfermedades Ocupacionales* para la ubicación de referencia identificada en la portada de la encuesta bajo "Report for this Location." Si usted prefiere, puede incluir una fotocopia de su Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales (Forma OSHA 300A).
- Si aparece más de un establecimiento en la portada, esté seguro de incluir la Forma OSHA 300A para todos los establecimientos especificados.
- Si cualquier **total** es cero en su Forma OSHA 300A, escriba "0" en el espacio del total correspondiente.
- El total del Número de Casos registrados en G + H + I + J deben ser iguales al **total** de Tipos de Lesiones y Enfermedades registrados 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)

## 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) Pérdidas de audición _____
(3) Condiciones respiratorias _____	(6) Otras enfermedades _____

Si usted tuvo alguna muerte ocupacional durante el 2023, por favor mencione en la línea de abajo dónde asignó/clasificó cada muerte dentro de la lista de alternativas (M1) hasta (M6) provista bajo los **Tipos de Lesiones y Enfermedades** arriba (ej. "la causa de la muerte fue como resultado de una caída" o "muerte por una condición respiratoria") \_\_\_\_\_

## Pasos para estimar el promedio anual de empleados para el año 2023:

### Paso 1:

Para calcular el promedio anual de empleados que su establecimiento pagó durante el 2023, debe calcular el número total de empleados que su establecimiento pagó para todos los periodos de pago. Sume el número de empleados que su establecimiento pagó en cada periodo de pago durante el año calendario 2023. Cuente todos los empleados que pagó durante cualquier periodo del año e incluya empleados a tiempo completo, tiempo parcial, temporeros, estacionales, asalariados y por hora. Note que los periodos de pago pueden ser mensual, semanal, bisemanal, etc

### Ejemplo:

Acme Construction pagó a sus empleados en 12 periodos durante el 2023:

<u>Periodo de Pago</u>	<u>Número de empleados pagados por periodo de pago</u>
1	30
2	0
3	35
4	37
5	37
6	40
7	43
8	42
9	37
10	35
11	30
12	+26
	<hr/>
	392 (número total de empleados pagados en todos los periodos)

### Paso 2:

Divida el número total de empleados (del paso 1) entre el número de periodos de pago que su establecimiento tuvo en el 2023. Asegúrese de contar cualquier periodo en que no tuvo (cero) empleados.

### Ejemplo:

Acme Construction tuvo 12 periodos de pago y pagó a un total de 392 empleados durante estos periodos de pago.

392 dividido entre 12 = 32.67

### Paso 3:

Redondee su contestación al próximo número entero más alto. Escriba ese número en el encasillado de la Sección 1, Pregunta 2 en la página anterior.

### Ejemplo:

Acme debe redondear 32.67 a 33.

## Pasos para estimar el total de horas trabajadas por todos los empleados en el 2023:

### Paso 1:

Determine el número de empleados a tiempo completo en su establecimiento.

### Ejemplo:

De 33 empleados de Acme en 2023, 28 fueron a tiempo completo.

### Paso 2:

Determine el número de horas generalmente trabajadas por un empleado a tiempo completo durante un año. Multiplique el número de empleados a tiempo completo que calculó en el paso 1 por este número. Este número total de horas debe excluir vacaciones, licencia por enfermedad, días feriados y cualquier otro tiempo no trabajado.

### Ejemplo:

Cada uno de los 28 empleados a tiempo completo de la Compañía ACME trabajó un promedio de 2,000 horas por año después de excluir vacaciones, licencia por enfermedad, días feriados y otro tiempo no trabajado. Esto resulta en 40 horas semanales por 50 semanas al año.

28	empleados a tiempo completo
<u>X 2,000</u>	horas por año
56,000	total de horas a tiempo completo

### Paso 3:

Determine el número de horas extras trabajadas por sus empleados a tiempo completo.

Determine el número de horas regulares trabajadas por los empleados que no son a tiempo completo (incluye empleados a tiempo parcial, estacional y temporeros).

Sume estos números al número calculado en el paso 2 arriba. Este es el número estimado de horas trabajadas por todos sus empleados – a tiempo completo y los que no son a tiempo completo - durante el 2023. Anote este número en la Sección 1, pregunta 3 en la página anterior.

### Ejemplo:

Los 28 empleados a tiempo completo de ACME trabajaron un total de 2,800 horas extras durante el año 2023 y 56,000 horas regulares. Los 5 empleados a tiempo parcial de ACME trabajaron un total de 2,716 horas durante el 2023.

56,000	horas a tiempo completo del paso 2
2,800	horas extras
<u>+ 2,716</u>	horas a tiempo parcial
61,516	total de horas trabajadas

# Sección 3: Informando Casos

## Instrucciones:

1. Si **NO** tuvo casos con días fuera del trabajo en la columna H, y **NO** tuvo casos con días de transferencia o restricción de trabajo en la columna I, usted ha terminado con la encuesta. Vaya a la Sección 4: Información del Contacto en la contraportada y provea información sobre la persona que completó esta encuesta.
2. Si tuvo casos con días fuera del trabajo en la columna H, o tuvo casos con días de transferencia o restricción de trabajo en la columna I, por favor complete la Sección 3.
3. Debe informar solamente casos con días fuera del trabajo. Para identificar los casos individuales que va a informar, siga estos pasos:

**Paso 1:** Vaya a la forma OSHA 300 completada. Identifique cada caso marcado en la columna (H) o en la columna (I). Estos son los únicos casos que debe reportar. Vea el ejemplo en el paso 3.

**Paso 2:** Llene una forma de Casos con Días Fuera del Trabajo para cada caso que usted identificó en el paso 1. Usted puede obtener la mayor parte de la información de documentos suplementarios tales como: el informe de Incidente de Lesión y Enfermedad (Forma OSHA 301), el informe del Fondo del Seguro del Estado, el Informe de Accidente o un formulario de seguro.

**Paso 3:** Si más de un establecimiento aparece anotado en la portada bajo “Report for this Location,” esté seguro de cotear todas sus formas OSHA 300, para identificar los casos que va a informar.

The image shows a portion of the OSHA 300 form, specifically the 'Describe el Caso' (Describe the Case) section. It features a grid with columns for injury types (e.g., (A) Fractura de hueso, (B) Fractura de hueso, (C) Fractura de hueso, (D) Fractura de hueso, (E) Fractura de hueso, (F) Fractura de hueso, (G) Fractura de hueso) and rows for days off work (e.g., (H) 1 día, (I) 2 días, (J) 3 días, (K) 4 días, (L) 5 días, (M) 6 días, (N) 7 días, (O) 8 días, (P) 9 días, (Q) 10 días, (R) 11 días, (S) 12 días, (T) 13 días, (U) 14 días, (V) 15 días, (W) 16 días, (X) 17 días, (Y) 18 días, (Z) 19 días, (AA) 20 días, (AB) 21 días, (AC) 22 días, (AD) 23 días, (AE) 24 días, (AF) 25 días, (AG) 26 días, (AH) 27 días, (AI) 28 días, (AJ) 29 días, (AK) 30 días, (AL) 31 días, (AM) 32 días, (AN) 33 días, (AO) 34 días, (AP) 35 días, (AQ) 36 días, (AR) 37 días, (AS) 38 días, (AT) 39 días, (AU) 40 días, (AV) 41 días, (AW) 42 días, (AX) 43 días, (AY) 44 días, (AZ) 45 días, (BA) 46 días, (BB) 47 días, (BC) 48 días, (BD) 49 días, (BE) 50 días, (BF) 51 días, (BG) 52 días, (BH) 53 días, (BI) 54 días, (BJ) 55 días, (BK) 56 días, (BL) 57 días, (BM) 58 días, (BN) 59 días, (BO) 60 días, (BP) 61 días, (BQ) 62 días, (BR) 63 días, (BS) 64 días, (BT) 65 días, (BU) 66 días, (BV) 67 días, (BW) 68 días, (BX) 69 días, (BY) 70 días, (BZ) 71 días, (CA) 72 días, (CB) 73 días, (CC) 74 días, (CD) 75 días, (CE) 76 días, (CF) 77 días, (CG) 78 días, (CH) 79 días, (CI) 80 días, (CJ) 81 días, (CK) 82 días, (CL) 83 días, (CM) 84 días, (CN) 85 días, (CO) 86 días, (CP) 87 días, (CQ) 88 días, (CR) 89 días, (CS) 90 días, (CT) 91 días, (CU) 92 días, (CV) 93 días, (CW) 94 días, (CX) 95 días, (CY) 96 días, (CZ) 97 días, (DA) 98 días, (DB) 99 días, (DC) 100 días, (DD) 101 días, (DE) 102 días, (DF) 103 días, (DG) 104 días, (DH) 105 días, (DI) 106 días, (DJ) 107 días, (DK) 108 días, (DL) 109 días, (DM) 110 días, (DN) 111 días, (DO) 112 días, (DP) 113 días, (DQ) 114 días, (DR) 115 días, (DS) 116 días, (DT) 117 días, (DU) 118 días, (DV) 119 días, (DW) 120 días, (DX) 121 días, (DY) 122 días, (DZ) 123 días, (EA) 124 días, (EB) 125 días, (EC) 126 días, (ED) 127 días, (EE) 128 días, (EF) 129 días, (EG) 130 días, (EH) 131 días, (EI) 132 días, (EJ) 133 días, (EK) 134 días, (EL) 135 días, (EM) 136 días, (EN) 137 días, (EO) 138 días, (EP) 139 días, (EQ) 140 días, (ER) 141 días, (ES) 142 días, (ET) 143 días, (EU) 144 días, (EV) 145 días, (EW) 146 días, (EX) 147 días, (EY) 148 días, (EZ) 149 días, (FA) 150 días, (FB) 151 días, (FC) 152 días, (FD) 153 días, (FE) 154 días, (FF) 155 días, (FG) 156 días, (FH) 157 días, (FI) 158 días, (FJ) 159 días, (FK) 160 días, (FL) 161 días, (FM) 162 días, (FN) 163 días, (FO) 164 días, (FP) 165 días, (FQ) 166 días, (FR) 167 días, (FS) 168 días, (FT) 169 días, (FU) 170 días, (FV) 171 días, (FW) 172 días, (FX) 173 días, (FY) 174 días, (FZ) 175 días, (GA) 176 días, (GB) 177 días, (GC) 178 días, (GD) 179 días, (GE) 180 días, (GF) 181 días, (GG) 182 días, (GH) 183 días, (GI) 184 días, (GJ) 185 días, (GK) 186 días, (GL) 187 días, (GM) 188 días, (GN) 189 días, (GO) 190 días, (GP) 191 días, (GQ) 192 días, (GR) 193 días, (GS) 194 días, (GT) 195 días, (GU) 196 días, (GV) 197 días, (GW) 198 días, (GX) 199 días, (GY) 200 días, (GZ) 201 días, (HA) 202 días, (HB) 203 días, (HC) 204 días, (HD) 205 días, (HE) 206 días, (HF) 207 días, (HG) 208 días, (HH) 209 días, (HI) 210 días, (HJ) 211 días, (HK) 212 días, (HL) 213 días, (HM) 214 días, (HN) 215 días, (HO) 216 días, (HP) 217 días, (HQ) 218 días, (HR) 219 días, (HS) 220 días, (HT) 221 días, (HU) 222 días, (HV) 223 días, (HW) 224 días, (HX) 225 días, (HY) 226 días, (HZ) 227 días, (IA) 228 días, (IB) 229 días, (IC) 230 días, (ID) 231 días, (IE) 232 días, (IF) 233 días, (IG) 234 días, (IH) 235 días, (II) 236 días, (IJ) 237 días, (IK) 238 días, (IL) 239 días, (IM) 240 días, (IN) 241 días, (IO) 242 días, (IP) 243 días, (IQ) 244 días, (IR) 245 días, (IS) 246 días, (IT) 247 días, (IU) 248 días, (IV) 249 días, (IW) 250 días, (IX) 251 días, (IY) 252 días, (IZ) 253 días, (JA) 254 días, (JB) 255 días, (JC) 256 días, (JD) 257 días, (JE) 258 días, (JF) 259 días, (JG) 260 días, (JH) 261 días, (JI) 262 días, (JJ) 263 días, (JK) 264 días, (JL) 265 días, (JM) 266 días, (JN) 267 días, (JO) 268 días, (JP) 269 días, (JQ) 270 días, (JR) 271 días, (JS) 272 días, (JT) 273 días, (JU) 274 días, (JV) 275 días, (JW) 276 días, (JX) 277 días, (JY) 278 días, (JZ) 279 días, (KA) 280 días, (KB) 281 días, (KC) 282 días, (KD) 283 días, (KE) 284 días, (KF) 285 días, (KG) 286 días, (KH) 287 días, (KI) 288 días, (KJ) 289 días, (KK) 290 días, (KL) 291 días, (KM) 292 días, (KN) 293 días, (KO) 294 días, (KP) 295 días, (KQ) 296 días, (KR) 297 días, (KS) 298 días, (KT) 299 días, (KU) 300 días, (KV) 301 días, (KW) 302 días, (KX) 303 días, (KY) 304 días, (KZ) 305 días, (LA) 306 días, (LB) 307 días, (LC) 308 días, (LD) 309 días, (LE) 310 días, (LF) 311 días, (LG) 312 días, (LH) 313 días, (LI) 314 días, (LJ) 315 días, (LK) 316 días, (LL) 317 días, (LM) 318 días, (LN) 319 días, (LO) 320 días, (LP) 321 días, (LQ) 322 días, (LR) 323 días, (LS) 324 días, (LT) 325 días, (LU) 326 días, (LV) 327 días, (LW) 328 días, (LX) 329 días, (LY) 330 días, (LZ) 331 días, (MA) 332 días, (MB) 333 días, (MC) 334 días, (MD) 335 días, (ME) 336 días, (MF) 337 días, (MG) 338 días, (MH) 339 días, (MI) 340 días, (MJ) 341 días, (MK) 342 días, (ML) 343 días, (MM) 344 días, (MN) 345 días, (MO) 346 días, (MP) 347 días, (MQ) 348 días, (MR) 349 días, (MS) 350 días, (MT) 351 días, (MU) 352 días, (MV) 353 días, (MW) 354 días, (MX) 355 días, (MY) 356 días, (MZ) 357 días, (NA) 358 días, (NB) 359 días, (NC) 360 días, (ND) 361 días, (NE) 362 días, (NF) 363 días, (NG) 364 días, (NH) 365 días, (NI) 366 días, (NJ) 367 días, (NK) 368 días, (NL) 369 días, (NM) 370 días, (NN) 371 días, (NO) 372 días, (NP) 373 días, (NQ) 374 días, (NR) 375 días, (NS) 376 días, (NT) 377 días, (NU) 378 días, (NV) 379 días, (NW) 380 días, (NX) 381 días, (NY) 382 días, (NZ) 383 días, (OA) 384 días, (OB) 385 días, (OC) 386 días, (OD) 387 días, (OE) 388 días, (OF) 389 días, (OG) 390 días, (OH) 391 días, (OI) 392 días, (OJ) 393 días, (OK) 394 días, (OL) 395 días, (OM) 396 días, (ON) 397 días, (OO) 398 días, (OP) 399 días, (OQ) 400 días, (OR) 401 días, (OS) 402 días, (OT) 403 días, (OU) 404 días, (OV) 405 días, (OW) 406 días, (OX) 407 días, (OY) 408 días, (OZ) 409 días, (PA) 410 días, (PB) 411 días, (PC) 412 días, (PD) 413 días, (PE) 414 días, (PF) 415 días, (PG) 416 días, (PH) 417 días, (PI) 418 días, (PJ) 419 días, (PK) 420 días, (PL) 421 días, (PM) 422 días, (PN) 423 días, (PO) 424 días, (PP) 425 días, (PQ) 426 días, (PR) 427 días, (PS) 428 días, (PT) 429 días, (PU) 430 días, (PV) 431 días, (PW) 432 días, (PX) 433 días, (PY) 434 días, (PZ) 435 días, (QA) 436 días, (QB) 437 días, (QC) 438 días, (QD) 439 días, (QE) 440 días, (QF) 441 días, (QG) 442 días, (QH) 443 días, (QI) 444 días, (QJ) 445 días, (QK) 446 días, (QL) 447 días, (QM) 448 días, (QN) 449 días, (QO) 450 días, (QP) 451 días, (QQ) 452 días, (QR) 453 días, (QS) 454 días, (QT) 455 días, (QU) 456 días, (QV) 457 días, (QW) 458 días, (QX) 459 días, (QY) 460 días, (QZ) 461 días, (RA) 462 días, (RB) 463 días, (RC) 464 días, (RD) 465 días, (RE) 466 días, (RF) 467 días, (RG) 468 días, (RH) 469 días, (RI) 470 días, (RJ) 471 días, (RK) 472 días, (RL) 473 días, (RM) 474 días, (RN) 475 días, (RO) 476 días, (RP) 477 días, (RQ) 478 días, (RR) 479 días, (RS) 480 días, (RT) 481 días, (RU) 482 días, (RV) 483 días, (RW) 484 días, (RX) 485 días, (RY) 486 días, (RZ) 487 días, (SA) 488 días, (SB) 489 días, (SC) 490 días, (SD) 491 días, (SE) 492 días, (SF) 493 días, (SG) 494 días, (SH) 495 días, (SI) 496 días, (SJ) 497 días, (SK) 498 días, (SL) 499 días, (SM) 500 días, (SN) 501 días, (SO) 502 días, (SP) 503 días, (SQ) 504 días, (SR) 505 días, (SS) 506 días, (ST) 507 días, (SU) 508 días, (SV) 509 días, (SW) 510 días, (SX) 511 días, (SY) 512 días, (SZ) 513 días, (TA) 514 días, (TB) 515 días, (TC) 516 días, (TD) 517 días, (TE) 518 días, (TF) 519 días, (TG) 520 días, (TH) 521 días, (TI) 522 días, (TJ) 523 días, (TK) 524 días, (TL) 525 días, (TM) 526 días, (TN) 527 días, (TO) 528 días, (TP) 529 días, (TQ) 530 días, (TR) 531 días, (TS) 532 días, (TT) 533 días, (TU) 534 días, (TV) 535 días, (TW) 536 días, (TX) 537 días, (TY) 538 días, (TZ) 539 días, (UA) 540 días, (UB) 541 días, (UC) 542 días, (UD) 543 días, (UE) 544 días, (UF) 545 días, (UG) 546 días, (UH) 547 días, (UI) 548 días, (UJ) 549 días, (UK) 550 días, (UL) 551 días, (UM) 552 días, (UN) 553 días, (UO) 554 días, (UP) 555 días, (UQ) 556 días, (UR) 557 días, (US) 558 días, (UT) 559 días, (UU) 560 días, (UV) 561 días, (UW) 562 días, (UX) 563 días, (UY) 564 días, (UZ) 565 días, (VA) 566 días, (VB) 567 días, (VC) 568 días, (VD) 569 días, (VE) 570 días, (VF) 571 días, (VG) 572 días, (VH) 573 días, (VI) 574 días, (VJ) 575 días, (VK) 576 días, (VL) 577 días, (VM) 578 días, (VN) 579 días, (VO) 580 días, (VP) 581 días, (VQ) 582 días, (VR) 583 días, (VS) 584 días, (VT) 585 días, (VU) 586 días, (VV) 587 días, (VW) 588 días, (VX) 589 días, (VY) 590 días, (VZ) 591 días, (WA) 592 días, (WB) 593 días, (WC) 594 días, (WD) 595 días, (WE) 596 días, (WF) 597 días, (WG) 598 días, (WH) 599 días, (WI) 600 días, (WJ) 601 días, (WK) 602 días, (WL) 603 días, (WM) 604 días, (WN) 605 días, (WO) 606 días, (WP) 607 días, (WQ) 608 días, (WR) 609 días, (WS) 610 días, (WT) 611 días, (WU) 612 días, (WV) 613 días, (WW) 614 días, (WX) 615 días, (WY) 616 días, (WZ) 617 días, (XA) 618 días, (XB) 619 días, (XC) 620 días, (XD) 621 días, (XE) 622 días, (XF) 623 días, (XG) 624 días, (XH) 625 días, (XI) 626 días, (XJ) 627 días, (XK) 628 días, (XL) 629 días, (XM) 630 días, (XN) 631 días, (XO) 632 días, (XP) 633 días, (XQ) 634 días, (XR) 635 días, (XS) 636 días, (XT) 637 días, (XU) 638 días, (XV) 639 días, (XW) 640 días, (XX) 641 días, (XY) 642 días, (XZ) 643 días, (YA) 644 días, (YB) 645 días, (YC) 646 días, (YD) 647 días, (YE) 648 días, (YF) 649 días, (YG) 650 días, (YH) 651 días, (YI) 652 días, (YJ) 653 días, (YK) 654 días, (YL) 655 días, (YM) 656 días, (YN) 657 días, (YO) 658 días, (YP) 659 días, (YQ) 660 días, (YR) 661 días, (YS) 662 días, (YT) 663 días, (YU) 664 días, (YV) 665 días, (YW) 666 días, (YX) 667 días, (YZ) 668 días, (ZA) 669 días, (ZB) 670 días, (ZC) 671 días, (ZD) 672 días, (ZE) 673 días, (ZF) 674 días, (ZG) 675 días, (ZH) 676 días, (ZI) 677 días, (ZJ) 678 días, (ZK) 679 días, (ZL) 680 días, (ZM) 681 días, (ZN) 682 días, (ZO) 683 días, (ZP) 684 días, (ZQ) 685 días, (ZR) 686 días, (ZS) 687 días, (ZT) 688 días, (ZU) 689 días, (ZV) 690 días, (ZW) 691 días, (ZX) 692 días, (ZY) 693 días, (ZZ) 694 días.

La Sección 3 pregunta sobre las lesiones o enfermedades marcadas en la Columna H (días fuera del trabajo) o en la Columna I (días de transferencia o restricción de trabajo) de su registro.

**Paso 4:** Hemos diseñado esta encuesta para asegurarnos que usted no tenga que informar más de 8 casos. Si usted tiene más de 8 casos, por favor pase a la Sección 5: Si Necesita Ayuda... en la contraportada de este formulario o llame a nuestros teléfonos para ayuda. Si usted necesita más formas de Casos con Días Fuera del Trabajo, puede fotocopiar la forma en blanco o ir a la Sección 5: Si Necesita Ayuda... en la contraportada y llame a nuestros números.

**Paso 5:** Cuando usted haya finalizado, pase a la Sección 4: Información del Contacto en la contraportada de este formulario y provea información sobre la persona que completó esta encuesta.

# Formulario de Caso de Lesiones y Enfermedades

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2023 **solamente** si resultaron con días fuera del trabajo (Columna H en Sección 2 de Pagina 3) o días de transferencia o restricción de trabajo (Columna I en Sección 2 de Pagina 3). Llene una *Encuesta Sobre Lesiones y Enfermedades Ocupacionales* para cada caso. Hemos diseñado esta encuesta para asegurarnos de que no tenga que reportar más de 8 casos. Si tienes más de 8 casos, comuníquese con la oficina cuyo número aparece en el frente del formulario de la encuesta.

## Información sobre el Caso

Pase a la Forma OSHA 300 completada. Traslade de la forma la información del caso a los espacios siguientes.

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)
_____	_____	____/____/23 <i>mes día año</i>	_____	_____

## Información sobre el Empleado

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"/> Servicios de salud   |
| <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  |

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 incluir 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 cuantos 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

## Información del Incidente

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

6. ¿Fue empleado atendido en una sala de emergencia?  si  no
7. ¿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 tanto como el uso de 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. ¿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 mano radial”. Si esta pregunta no aplica al incidente, favor dejarla en blanco.

# Formulario de Caso de Lesiones y Enfermedades

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2023 solamente si resultaron con días fuera del trabajo (Columna H en Sección 2 de Pagina 3) o días de transferencia o restricción de trabajo (Columna I en Sección 2 de Pagina 3). Llène una Encuesta Sobre Lesiones y Enfermedades Ocupacionales para cada caso. Hemos diseñado esta encuesta para asegurarnos de que no tenga que reportar más de 8 casos. Si tienes más de 8 casos, comuníquese con la oficina cuyo número aparece en el frente del formulario de la encuesta.

## Información sobre el Caso

Pase a la Forma OSHA 300 completada. Traslade de la forma la información del caso a los espacios siguientes.

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)
_____	_____	____/____/23 <i>mes día año</i>	_____	_____

## Información sobre el Empleado

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"/> Servicios de salud   |
| <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  |

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 incluir 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 cuantos 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

## Información del Incidente

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

6. ¿Fue empleado atendido en una sala de emergencia?  si  no
7. ¿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 tanto como el uso de 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. ¿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 mano radial”. Si esta pregunta no aplica al incidente, favor dejarla en blanco.

# Formulario de Caso de Lesiones y Enfermedades

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2023 solamente si resultaron con días fuera del trabajo (Columna H en Sección 2 de Pagina 3) o días de transferencia o restricción de trabajo (Columna I en Sección 2 de Pagina 3). Llène una Encuesta Sobre Lesiones y Enfermedades Ocupacionales para cada caso. Hemos diseñado esta encuesta para asegurarnos de que no tenga que reportar más de 8 casos. Si tienes más de 8 casos, comuníquese con la oficina cuyo número aparece en el frente del formulario de la encuesta.

## Información sobre el Caso

Pase a la Forma OSHA 300 completada. Traslade de la forma la información del caso a los espacios siguientes.

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)
_____	_____	____/____/23 <i>mes día año</i>	_____	_____

## Información sobre el Empleado

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"/> Servicios de salud   |
| <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  |

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 incluir 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 cuantos 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

## Información del Incidente

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

6. ¿Fue empleado atendido en una sala de emergencia?  si  no
7. ¿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 tanto como el uso de 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. ¿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 mano radial”. Si esta pregunta no aplica al incidente, favor dejarla en blanco.



# Formulario de Caso de Lesiones y Enfermedades

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2023 solamente si resultaron con días fuera del trabajo (Columna H en Sección 2 de Pagina 3) o días de transferencia o restricción de trabajo (Columna I en Sección 2 de Pagina 3). Llène una Encuesta Sobre Lesiones y Enfermedades Ocupacionales para cada caso. Hemos diseñado esta encuesta para asegurarnos de que no tenga que reportar más de 8 casos. Si tienes más de 8 casos, comuníquese con la oficina cuyo número aparece en el frente del formulario de la encuesta.

## Información sobre el Caso

Pase a la Forma OSHA 300 completada. Traslade de la forma la información del caso a los espacios siguientes.

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)
_____	_____	____/____/23 mes día año	_____	_____

## Información sobre el Empleado

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"/> Servicios de salud   |
| <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  |

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 incluir 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 cuantos 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

## Información del Incidente

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

6. ¿Fue empleado atendido en una sala de emergencia?  si  no
7. ¿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 tanto como el uso de 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. ¿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 mano radial”. Si esta pregunta no aplica al incidente, favor dejarla en blanco.

# Formulario de Caso de Lesiones y Enfermedades

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2023 solamente si resultaron con días fuera del trabajo (Columna H en Sección 2 de Pagina 3) o días de transferencia o restricción de trabajo (Columna I en Sección 2 de Pagina 3). Llène una Encuesta Sobre Lesiones y Enfermedades Ocupacionales para cada caso. Hemos diseñado esta encuesta para asegurarnos de que no tenga que reportar más de 8 casos. Si tienes más de 8 casos, comuníquese con la oficina cuyo número aparece en el frente del formulario de la encuesta.

## Información sobre el Caso

Pase a la Forma OSHA 300 completada. Traslade de la forma la información del caso a los espacios siguientes.

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)
_____	_____	____/____/23 <i>mes día año</i>	_____	_____

## Información sobre el Empleado

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"/> Servicios de salud   |
| <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  |

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 incluir 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 cuantos 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

## Información del Incidente

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

6. ¿Fue empleado atendido en una sala de emergencia?  si  no
7. ¿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 tanto como el uso de 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. ¿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 mano radial”. Si esta pregunta no aplica al incidente, favor dejarla en blanco.

# Formulario de caso de Lesiones y Enfermedades

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2023 solamente si resultaron con días fuera del trabajo (Columna H en Sección 2 de Pagina 3) o días de transferencia o restricción de trabajo (Columna I en Sección 2 de Pagina 3). Llène una Encuesta Sobre Lesiones y Enfermedades Ocupacionales para cada caso. Hemos diseñado esta encuesta para asegurarnos de que no tenga que reportar más de 8 casos. Si tienes más de 8 casos, comuníquese con la oficina cuyo número aparece en el frente del formulario de la encuesta.

## Información sobre el Caso

Pase a la Forma OSHA 300 completada. Traslade de la forma la información del caso a los espacios siguientes.

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)
_____	_____	____/____/23 <i>mes día año</i>	_____	_____

## Información sobre el Empleado

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"/> Servicios de salud   |
| <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  |

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 incluir 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 cuantos 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

## Información del Incidente

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

6. ¿Fue empleado atendido en una sala de emergencia?  si  no
7. ¿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 tanto como el uso de 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. ¿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 mano radial”. Si esta pregunta no aplica al incidente, favor dejarla en blanco.

## Sección 4: Información del Contacto

Llene el nombre, título, y número de teléfono de la persona que completó esta encuesta en caso de que surjan preguntas.

_____	(    ) - _____	_____	(    ) - _____
<i>Nombre en letra de molde</i>	<i>Número de Teléfono</i>	<i>Ext.</i>	<i>Número de fax</i>
_____	/    /		
<i>Título</i>	<i>Fecha</i>		

Use el sobre pre-dirigido para enviarnos el formulario completo- todo lo que nosotros le enviamos-**dentro de los próximos 30 días después que su establecimiento lo haya recibido**. Si el sobre pre-dirigido no está incluido, envíe todo el formulario a la dirección que aparece en la portada.

## Sección 5: Si Necesita Ayuda . . .

Si usted tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para completar la encuesta, puede llamar al (787) 754-5300, x. 3056 ó x. 3057 ó x. 3036 ó x. 3032. El número de fax es (787) 754-5360. Si prefiere escribir, envíe su carta a la dirección que aparece en la primera página de este formulario.