

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-regform.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?

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? O No O Sí O No sé

Si la respuesta es sí:

¿Cuál agencia? _____

¿En qué año se hizo la evaluación? _____

O Marque esta casilla si esta evaluación se está realizando ahora

¿Es un pedido para el reporte sobre peligros presentado a otra agencia? O No O Sí O No sé

Si la respuesta es sí:

¿Cuál agencia? _____

¿Cómo se enteró del Programa de Evaluación de Peligros para la Salud (HHE) de NIOSH?

O sitio de internet de NIOSH O Facebook O Otro sitio de Internet (explique : _____)

O línea telefónica de información de CDC O Sindicato O Compañeros de trabajo O Funcionario de la
compañía

O Revista o boletín del gremio/industria/sindicato O 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.