Departamento del Trabajo de E.U., Negociado de Estadísticas

OMB No. 1220-0045

Encuesta Sobre Lesiones y Enfermedades Ocupacionales, 2025

Formulario de Puerto Rico - Respuesta por Fax
Envíe por fax a (617) 565-1840
o por correo electrónico a PuertoRico-SOII-Help@bls.gov

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 (de la portada del formulario de la encuesta)

Fecha / /

Nombre del Contacto y Título (letra de molde)

Número de Teléfono (ext) ( ) -

Número de fax ( ) -

1. Anote el promedio anual de empleados para el 2025. → _____
2. Anote el total de horas trabajadas por todos los empleados durante el 2025. → _____
3. ¿Hubo ALGUNA lesión o enfermedad relacionada con el trabajo durante el 2025?
   ❑ 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
_____	_____	_____	_____
(G)	**(H)**	(I)	(J)

NOTA: → **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.**

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	_____

Formulario de Caso de Lesiones y Enfermedades

Infórmenos sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el 2025 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 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)
		____/____/25 *mes día año*		

Información sobre el Empleado

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

- ❑ Oficina, profesional, negocios, o personal gerencial
- ❑ Ventas
- ❑ Ensamblaje de producto, manufactura de producto
- ❑ Reparación, instalación o servicio de máquinas o equipo
- ❑ Construcción
- ❑ Otros:_____
- ❑ Servicios de salud
- ❑ Entrega o choferes
- ❑ Servicios de comida
- ❑ Limpieza, mantenimiento de edificios, terrenos
- ❑ Manejo de material (inventario, carga, descarga, mudanzas, etc.)
- ❑ 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. **Sexo 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 el 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 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.

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