

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 responsable de la salud y seguridad de los empleados?

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.

¿Qué preocupaciones de salud tienen las personas en esta área de trabajo?

¿En qué área de trabajo, como un edificio o departamento, se encuentra el peligro? _____

¿Cuántas personas trabajan en esta área? ☐ 3 o menos ☐ 4-9 ☐ 10-49 ☐ 50-99 ☐ 100-249 ☐ 250 o más

Describe el tipo de trabajo que se hace en esta área:

Complete esta sección si es un empleado que envía una solicitud

(Consulte la página 2 si usted es un representante sindical o del empleador)

Nombre: _____

Dirección donde podemos enviarle información: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono al que desea que lo llamen: (____) _____

Mejor hora para llamar: _____ a.m. ☐ or ☐ p.m.

Correo electrónico donde lo pueden contactar: _____

¿NIOSH puede revelar su nombre a su empleador? ☐ No ☐ Sí

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 marca esta casilla, otros dos empleados deben aceptar esta solicitud y proporcionar su información de contacto.

Segundo empleado

Nombre: _____

Dirección donde podemos enviarle información: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono al que desea que lo llamen: (____) _____

Mejor hora para llamar: _____ ☐ a.m. or ☐ p.m.

Correo electrónico donde lo pueden contactar: _____

¿NIOSH puede revelar su nombre a su empleador? ☐ No ☐ Sí

Tercer empleado

Nombre: _____

Dirección donde podemos enviarle información: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono al que desea que lo llamen: (____) _____

Mejor hora para llamar: _____ ☐ a.m. or ☐ p.m.

Correo electrónico donde lo pueden contactar: _____

¿NIOSH puede revelar su nombre a su empleador? ☐ 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? ☐ No ☐ Sí ☐ No sé

Si la respuesta es sí:

¿Cuál agencia? _____

¿En qué año se hizo la evaluación? _____

☐ Marque esta casilla si esta evaluación se está realizando ahora

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

Si la respuesta es sí:

¿Cuál agencia? _____

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

- ☐ Sitio de internet de NIOSH ☐ Facebook ☐ Otro sitio de Internet (explique: _____)
- ☐ Número CDC 1-800 ☐ Sindicato ☐ Compañeros de trabajo ☐ Funcionario de la compañía
- ☐ Revista o boletín del gremio/industria/sindicato ☐ Otro (explique: _____)

Para enviar este formulario por correo electrónico, guarde el formulario completado en su computadora y envíelo como un archivo adjunto de 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

1090 Tusculum Ave, MS R-9

Cincinnati, Ohio 45226-1998

Gracias por enviar este formulario. Le daremos una respuesta dentro de 10 días.

