



Formulario OSHA-300

Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales

Atención: Este formulario contiene información relacionada a la salud de los empleados y debe ser usada de manera que proteja la confidencialidad de éstos al máximo que sea posible, mientras la información sea usada para propósitos de seguridad y salud ocupacional.

Año 20 _____

Administración de Seguridad y Salud Ocupacional
Form approved OMB no. 1218-0176

Debe registrar la información sobre cada muerte y cada lesión o enfermedad relacionada con el trabajo que envuelva la pérdida de conocimiento, actividad de trabajo restringida o transferencia de trabajo, días fuera del trabajo (días calendario) o tratamiento médico más allá de los primeros auxilios. Además, debe registrar lesiones y enfermedades ocupacionales que hayan sido diagnosticadas por un médico o un profesional licenciado en el cuidado de la salud. También, debe registrar las lesiones y enfermedades ocupacionales que cumplan con cualquiera de los criterios de registro específicos establecidos en 29 CFR Part 1904.8 al 1904.12. Puede usar dos líneas para un sólo caso, si necesita hacerlo. Debe completar un Informe de Incidencia de Lesión y Enfermedad (Forma OSHA 301), o forma equivalente para cada lesión o enfermedad registrada en esta hoja.

Número de Póliza CFSE _____

Nombre del Establecimiento _____

Ciudad _____ Estado _____

Identifique la Persona			Describe el Caso			Clasifique el Caso											
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	Usando estas cuatro categorías, marque SÓLO El resultado más serio para cada caso:				Entrar el número de días que el empleado estuvo lesionado o enfermo:		Marque la columna de Lesión o seleccione un tipo de enfermedad					
Núm. De Caso	Nombre del Empleado	Ocupación (ej.: soldador)	Fecha de la Lesión o Comienzo de la Enfermedad	¿Dónde ocurrió el Evento? (ej.: área norte del almacén)	Describa la lesión o enfermedad, partes del cuerpo afectadas y objeto/substancia que lesionara o enfermara directamente a la persona (ej.: quemaduras de segundo grado en el antebrazo derecho, debido a un soplete de acetileno)	Muerte	Días Fuera del Trabajo	Permaneció en el Trabajo		Número total de días fuera del trabajo	Número total de días de transferencia o restricción de trabajo	Lesión (M)	Desórdenes de la Piel	Condicción Respiratoria	Envenenamiento	Pérdida de la Audición	Otra Enfermedad
			mes / día			(G)	(H)	Transferencia o Restricción de Trabajo (I)	Otros casos Registrables (J)	(K)	(L)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ días	_____ días</						



Formulario OSHA-300A

Resumen de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales

Año 20 _____

Administración de Seguridad y Salud Ocupacional
Form approved OMB no. 1218-0176

Todos los establecimientos cubiertos por el **29 CFR Part 1904** deben completar este Resumen, aun cuando no ocurriera alguna lesión o enfermedad ocupacional durante el año. Recuerde revisar el Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales para verificar que todas las partidas estén llenas y correctas, antes de completar este resumen.

Usando el Registro, cuente las partidas individuales realizadas por cada categoría. Luego, escriba el total abajo, asegurándose de haber sumado las partidas de cada una de las páginas del Registro. Si no tiene casos registrados, escriba 0.

Empleados, ex-empleados y sus representantes tienen el derecho de revisar el **Formulario OSHA-300** en su totalidad. También tienen acceso limitado al **Formulario OSHA 301** o su equivalente. Ver el **29 CFR Part 1904.35**, Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales de OSHA, para más detalles sobre el acceso a estas formas.

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
_____	_____ (H)	_____ (I)	_____ (J)

Número de Días

Número Total de Días Fuera del Trabajo (G)	Número Total de Días de Transferencia o Restricción de Trabajo
_____ (K)	_____ (L)

Tipos de Lesiones y Enfermedades

Número Total de . . . (M)	
1) Lesiones _____	4) Envenenamiento _____
2) Desordenes de la Piel _____	5) Pérdida de Audición _____
3) Condiciones Respiratorias _____	6) Todas las otras Enfermedades _____

Información del Establecimiento

Nombre del Establecimiento _____

Calle _____

Ciudad _____, Estado _____ Código postal _____

Descripción de la Industria (Ej.: Manufactura de camiones de arrastre)

Sistema de Clasificación de la Industria de America del Norte (NAICS), si se conoce (Ej.: NAICS 336212)

Información de Empleo

Promedio anual del número de empleados _____

Total de horas trabajadas por todos los empleados _____

Firme aquí
A sabiendas de que el falsificar este documento puede resultar en una multa.

Yo, certifico que he examinado este documento y que dentro de mi mejor conocimiento las partidas son ciertas, exactas y completas.

Ejecutivo de la Compañía _____ Título _____

(_____) / _____ / _____
Teléfono

Fije este Resumen a partir del 1^o. de febrero hasta el 30 de abril del año siguiente al período cubierto por la forma.

Fecha

¿Cómo llenar el Resumen de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales?

Al final del año, OSHA requiere que coloque en el Resumen, el número promedio de empleados y el total de horas trabajadas por sus empleados. Si no tiene estos números, puede usar la información de esta hoja para estimar los números que necesitará colocar en el Resumen al final del año.

¿Cómo conseguir el número promedio de empleados que trabajaron en su establecimiento durante el año?

➔ **Sume** el número total de empleados que su establecimiento pagó en todos los periodos de pago durante el año. Incluya a todos los empleados: tiempo completo, tiempo parcial, temporero, asalariado y por hora.

El número de empleados pagado en todos los periodos = \neg _____

➊ **Cuente** el número de periodos de pago que su establecimiento tuvo durante el año. Asegúrese de incluir cualquier período de pago donde no tuvo empleados.

El número de periodos de pago durante el año = \wedge _____

➋ **Divida** el número de empleados entre el número de periodos de pago.

$\frac{\neg}{\wedge}$ _____ = \vee _____

➌ **Redondee la respuesta** al próximo número entero más alto. Escriba el número redondeado en el espacio marcado "Número promedio de empleados en el año."

El número redondeado = \leftrightarrow _____

Por ejemplo, ABC Construction obtuvo sus promedios de esta forma:

Períodos de Pago	ABC pagó a este número de empleados		
1	10	Número de empleados pagados = 830	\neg
2	0		
3	15	Número de periodos de pago = 26	\wedge
4	30		
5	40	$\frac{830}{26} = 31.92$	\vee
▼	▼		
24	20	31.92 redondea a 32	\leftrightarrow
25	15		
26	<u>+10</u> 830	32 es el número promedio de empleados en el año	

¿Cómo conseguir el total de horas trabajadas por todos los empleados?

Incluya las horas trabajadas por los empleados asalariados, contratados por hora, y a tiempo parcial, así como las horas trabajadas por otros empleados sujetos a la supervisión diaria en su establecimiento.

No incluya el tiempo de vacaciones, enfermedad, días feriados o cualquier otro tiempo no trabajado, aun cuando dicho tiempo haya sido pagado al empleado. Si su establecimiento mantiene registro sólo de las horas pagadas o si tiene empleados a los que no se les paga por hora, por favor, estime las horas que el empleado trabajó.

Si este número no está disponible, puede estimarlo usando este ejercicio opcional:

_____ **Determinene** el número de empleados a tiempo completo en su establecimiento para el año.

ζ _____ **Multiplique** por el número de horas trabajadas en un año por un empleado a tiempo completo.

_____ Éste es el número de horas trabajadas a tiempo completo.

+ _____ **Sume** el número de horas de cualquier exceso sobre las horas regulares de trabajo así como las horas trabajadas por los otros empleados (a tiempo parcial, temporeros, etc.)

_____ **Redondee** la respuesta al próximo número entero más alto. Escriba el número redondeado en el espacio marcado "Total de horas trabajadas por todos los empleados el último año."



Formulario OSHA-301

Informe de Incidente de Lesión y Enfermedad

Atención: Este formulario contiene información relacionada a la salud de los empleados y debe ser usada de manera que proteja la confidencialidad de éstos al máximo que sea posible, mientras la información sea usada para propósitos de seguridad y salud ocupacional.

Año 20 _____

Administración de Seguridad y Salud Ocupacional
Form approved OMB no. 1218-0176

Este Informe de Incidente de Lesión y Enfermedad es una de los primeros formularios que debe llenar cuando ocurre una lesión o enfermedad ocupacional registrable. Junto con el Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales y el Resumen de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales, este formulario ayuda al empleador y a OSHA a desarrollar un cuadro del alcance y severidad de los incidentes ocupacionales.

Dentro de los 7 días calendario después de recibir información de que ha ocurrido una lesión o enfermedad ocupacional registrable, debe llenar este formulario equivalente. Algunos informes de los estados para la compensación de empleados, de seguros u otros informes pueden ser sustitutos aceptables. Para considerarse como un formulario equivalente, el formulario sustituta deberá incluir toda la información requerida en este formulario.

De acuerdo al 2 OSH 1904, Registros e Informes de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales, debe conservar esta forma por un periodo de cinco (5) años después del final del año calendario al cual se refiere.

Si le hacen falta copias adicionales de este formulario, puede fotocopiarla para que utilice tantas como necesite.

Completada por _____

Título _____

Teléfono (____) _____ - _____ Fecha _____

Información acerca del empleado

- 1) Nombre y Apellidos _____
- 2) Calle _____
Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
- 3) Fecha de Nacimiento ____/____/____
- 4) Fecha Comenzó a Trabajar ____/____/____
- 5) Sexo: Masculino
 Femenino

Información acerca del médico u otro profesional del cuidado de la salud

- 6) Nombre y apellidos del médico u otro profesional del cuidado de la salud

- 7) Si se dio tratamiento médico fuera del lugar de trabajo, ¿dónde fue dado?

Facilidad _____
Calle _____
Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

- 8)) Fue el empleado tratado en una sala de emergencias?
 Sí No
- 9) ¿Fue hospitalizado el empleado como paciente durante la noche?
 Sí No

Información acerca del caso

- 10) Número del caso en el Registro _____ (Transfiera el número del caso del Registro después de anotar el caso).
- 11) Fecha de la lesión o enfermedad ____/____/____
- 12) Hora en que el empleado empezó a trabajar _____AM / PM
- 13) Hora del evento _____ AM / PM 9 Marque aquí si la hora no puede ser determinada
- 14)) Qué estaba haciendo el empleado justo antes de que ocurriera el incidente? Describa la actividad, así como las herramientas, equipo o material que el empleado estaba usando. Ejemplos: subiendo una escalera mientras cargaba materiales al techo; rociando cloro con rociadora de mano.
- 15) ¿Qué ocurrió? Indique cómo ocurrió la lesión. Ejemplos: Cuando la escalera resbaló en el piso mojado, el empleado cayó de 20 pies de altura; El empleado se roció con cloro cuando la junta se rompió durante el reemplazo.
- 16) ¿Cuál fue la lesión o enfermedad? Indique la parte del cuerpo que fue afectada; sea más específico que "se lastimó," "le dolió." Ejemplos: torcedura de la espalda, quemadura química en la mano.
- 17)) Qué objeto o sustancia dañó directamente al empleado? Ejemplos: piso de cemento; cloro. Si esta pregunta no aplica al incidente, deje en blanco.
- 18) Si el empleado muere,) cuándo ocurrió la muerte? Fecha de la muerte
____/____/____