

Acerca de este manual ...

En este manual, usted encontrará todo lo que necesita para completar el *Registro y el Sumario de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales* de OSHA por los próximos años. En las siguientes páginas, usted encontrará:

- ▶ **Un sumario: Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales** — Instrucciones generales para llenar los formularios contenidos en este manual y definiciones de términos que usted debe usar cuando clasifique sus casos como lesiones o enfermedades.
- ▶ **Cómo llenar el Registro** — Instrucciones para que se guíe en como llenar el *Registro* apropiadamente.
- ▶ **Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales** — Varias páginas del *Registro*, haga tantas copias del *Registro* como necesite. Note que el *Registro* es separado del *Sumario*.
- ▶ **Sumario de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales** — Páginas fácilmente removibles del *Sumario* para fijarlas en un lugar visible al final del año. Note que usted debe fijar el *Sumario* solamente, no el *Registro*.
- ▶ **Hoja de trabajo para ayudarle a llenar el Sumario** — Una hoja de trabajo para calcular el número promedio de empleados que trabajaron para su establecimiento y el número total de horas trabajadas.

Tome unos pocos minutos para revisar este folleto. Si tiene preguntas, visite nuestro sitio Web: www.orosha.org o llame a la oficina local de Oregon OSHA. Estaremos gustosos de atenderle.

Formularios de OSHA para Registrar Lesiones y Enfermedades Relacionadas con el Trabajo



División de Seguridad y Salud
en el Trabajo (Oregon OSHA)



En cumplimiento con el Acta de Americanos Incapacitados - Americans with Disabilities Act (ADA), esta publicación está disponible en formatos alternos, para obtenerla comuníquese con el departamento de relaciones públicas de Oregon OSHA, 503-378-3272.

El material contenido en esta publicación es de dominio público y puede ser copiado y distribuido sin permiso de Oregon OSHA.

Revisión: Registros de lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Registrando lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo

El *Registro de Lesiones y Enfermedades Relacionadas con el Trabajo* (Formulario OSHA 300) es usado para clasificar lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo y para anotar el grado y la severidad de cada caso. Cuando ocurre un incidente, use el registro para registrar detalles específicos sobre lo que sucedió y como sucedió. El *Sumario* — es un formulario separado (Formulario OSHA 300A) — éste muestra los totales para el año en cada categoría. Al final del año, coloque el *Sumario* o una forma equivalente en un lugar visible para que sus empleados puedan saber qué lesiones o enfermedades ocurrieron en su lugar de trabajo. (Es requerido exhibir este formulario del 1 de Febrero al 30 de Abril).

Los empleadores deben mantener un registro para cada establecimiento o lugar de trabajo. Si usted tiene más de un establecimiento, debe mantener sumarios y registros separados para cada lugar de trabajo que estará en funcionamiento por un año o más.

Tome en cuenta que sus empleados tienen derecho a revisar sus registros de lesión y enfermedad. Para más información, revise OAR 437-001-0700(20), *Envolvimiento del Empleado*.

Los casos listados en el *Registro de Lesiones y Enfermedades Relacionadas con el Trabajo* no son necesariamente elegibles para compensación para trabajadores, u otros beneficios de seguro. El listar un caso en el *Registro* no significa que el empleador o el trabajador hayan tenido la culpa, o hayan violado una norma de OSHA

¿Cuándo se considera que una lesión o enfermedad es relacionada con el trabajo?

Se considera que una lesión o enfermedad es relacionada con el trabajo si es que una situación o exposición peligrosa en el ambiente causó o contribuyó a la condición, o significativamente agravó una condición preexistente. Se presume que las enfermedades relacionadas con el trabajo resultan de eventos sucedidos en el trabajo, a menos que una excepción aplique específicamente. Para saber cuales son las excepciones mire OAR 437-001-0700(6). El ambiente de trabajo incluye el establecimiento y otros lugares de trabajo donde trabajan uno o más empleados o están presentes como una condición de trabajo.

¿Qué lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo debe registrar?

Registre aquellas lesiones de trabajo que resulten en:

- Muerte
- Pérdida de conocimiento
- Días fuera del trabajo
- Tratamiento médico que haya requerido más que primeros auxilios

Debe registrar cualquier lesión o enfermedad significativa que haya sido diagnosticada por un médico u otro profesional licenciado en el cuidado de la salud. Usted debe registrar cualquier caso relacionado al trabajo que envuelva cáncer, una enfermedad crónica irreversible, un hueso roto o fracturado, o un tímpano perforado. Vea OAR 437-001-0700(8).

También debe registrar las siguientes condiciones cuando son relacionadas con el trabajo:

- Cualquier lesión o pinchazo por una aguja que esté contaminada con la sangre de otra persona u otros materiales potencialmente infecciosos.
- Cualquier caso que requiera que un empleado sea médicamente removido bajo los requerimientos de una norma de salud de OSHA.
- Cualquier cambio inicial estándar en la audición (Ej. casos con un promedio de pérdida de audición de 10 dB o más en cualquiera de los oídos, y el nivel de audición es 25 dB o más sobre el cero audiométrico.)
- Infección de tuberculosis como evidencia de una prueba positiva de la piel o diagnosticada por un médico u otro profesional licenciado en el cuidado de la salud, después de haber sido expuesto a un caso de tuberculosis activa.

¿Qué es “tratamiento médico”?

Tratamiento médico incluye el manejo y cuidado de un paciente con el propósito de combatir una enfermedad o desorden. Los siguientes no son considerados tratamientos médicos y **no** son registrables:

- Visitas a un médico o a un profesional de la salud solo para observación o consulta.
- Procedimientos para diagnóstico, incluyendo la administración de medicamentos recetados que son usados solamente con propósitos de diagnóstico.
- Cualquier procedimiento que pueda ser clasificado como primeros auxilios.

(Vea la siguiente página para más información acerca de primeros auxilios, también vea la Tabla 6, OAR 437-001-0700(8).

¿Qué necesita hacer?

1. Antes de que se cumplan siete días calendario después de haber recibido información sobre un caso, decida si el caso es registrable bajo los requisitos de mantenimiento de registros de OSHA.
2. Determine si el incidente es un caso nuevo o una recurrencia de un caso ya existente.
3. Establezca si el caso estuvo relacionado con el trabajo.
4. Si el caso es registrable, llene el “Reporte de Incidente de Lesión y Enfermedad” (Formulario 801s).

Cómo usar el Registro

1. Identifique al empleado involucrado a menos que sea un caso que requiere privacidad, según lo descrito en la próxima página.
2. Identifique cuándo y dónde ocurrió el caso.
3. Describa el caso lo más específicamente que pueda.
4. Clasifique la seriedad del caso registrando el **resultado más serio** asociado con el caso. La columna J, para casos menos serios y otros casos registrables, la columna G, para registrar casos más serios como muerte. (*Marcar solamente una columna.*)
5. Identifique si el caso es una lesión o enfermedad. Si el caso es una lesión, marque la categoría de lesión. Si el caso es una enfermedad, marque la categoría de la enfermedad.

¿Qué son los primeros auxilios?

Se considera como primeros auxilios y **NO se debe** registrar si es que el incidente requiere sólo los siguientes tipos de tratamiento:

- uso de medicamentos que no requieran receta
- administración de vacunas de tétano
- limpiar, lavar o remojar heridas en la superficie de la piel
- uso de materiales para cubrir heridas, tales como: vendajes, curitas, almohadillas de gasa, vendajes de mariposa, etc.
- uso de terapia caliente o fría
- uso de cualquier medio no rígido de soporte tales como vendajes elásticos, mantas, cinturones no rígidos para la espalda, etc.
- uso de dispositivos de inmovilización temporal mientras se transporta una víctima de accidente (tabillas, cabestrillos, collares ortopédicos, o tablillas para la espalda)
- perforado de una uña de la mano o pie para aliviar la presión o drenar fluidos de ampollas
- uso de parches para los ojos
- uso de irrigación simple o un hisopo de algodón para remover cuerpos extraños no incrustados o adheridos al ojo
- uso de irrigación, pinzas, hisopo de algodón u otros medios simples para remover astillas o material extraño de áreas distintas al ojo
- uso de protectores para dedos
- uso de masajes
- beber líquidos para aliviar el estrés por calor

¿Cómo se decide si el caso envolvió trabajo restringido?

La actividad de trabajo restringido ocurre cuando, como resultado de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, un empleador o profesional del cuidado de la salud mantiene o recomienda que se mantenga a un empleado sin realizar las funciones rutinarias de su trabajo o sin trabajar el día completo de trabajo que de otra manera hubiese trabajado antes de que ocurriera la lesión o enfermedad.

¿Cómo se cuenta el número de días de actividad de trabajo restringido o el número de días fuera del trabajo?

Cuente el número de días calendario que el empleado estuvo en actividad de trabajo restringido o fuera del trabajo como resultado de una lesión o enfermedad registrable. No cuente el día en que ocurrió la lesión o enfermedad. Comience a contar los días a partir del día siguiente en que ocurrió el incidente. Si una sola lesión o enfermedad envolvió días fuera del trabajo y días de actividad de trabajo restringido, registre el número total de días para cada uno. Puede dejar de contar los días de actividad de trabajo restringido o días fuera del trabajo una vez que el total de cada uno o la combinación de ambos alcance 180 días.

¿Bajo qué circunstancias usted *no* debe registrar el nombre del empleado en el *Formulario OSHA 300*?

Usted tiene que considerar los siguientes tipos de lesiones o enfermedades como casos que requieren privacidad:

- una lesión o enfermedad en una parte íntima del cuerpo o sistema reproductor
- una lesión o enfermedad resultante de un asalto sexual
- una enfermedad mental
- un caso de infección de HIV, hepatitis o tuberculosis
- una lesión por pinchazo de aguja o cortadura con un objeto afilado que esté contaminado con sangre u otro material potencialmente infeccioso (véase OAR-437-001-0700(9).)
- otras enfermedades, si el empleado independiente y voluntariamente solicita que su nombre no sea incluido en el registro. Los desordenes músculo-esqueléticos no se consideran casos de privacidad

En el espacio normalmente usado para el nombre del empleado, registre “caso reservado”. Usted tiene que mantener una lista confidencial separada de los números de caso y nombres de los empleados del establecimiento para los casos de privacidad, de modo que pueda actualizar los casos y proveer información al gobierno cuando la requiera.

Si tiene bases razonables para creer que la información que describe un caso de privacidad puede identificar a la persona aunque el nombre del empleado haya sido omitido, puede usar discreción al describir la lesión o enfermedad en el *Formulario OSHA 300* y el *Formulario suplemental 801s*. Usted tiene que incluir suficiente información para identificar la causa del incidente y la severidad general de la lesión o enfermedad, pero no necesita incluir detalles de naturaleza íntima o privada.

¿Qué pasa si el resultado cambia después de que usted registra el caso?

Si el resultado o la extensión de la lesión o enfermedad cambia después de que haya registrado el caso, simplemente trace una línea sobre la entrada original o si lo desea, elimine o borre con tinta blanca la entrada original. Registre nuevamente la entrada donde sea pertinente. Recuerde, usted necesita registrar el resultado más serio de cada caso.

Lesiones clasificadas

Una lesión es una herida o daño al cuerpo que resulta de un evento en el lugar de trabajo.

Ejemplos: Corte, pinchazo, laceración, abrasión, fractura, magulladura, contusión, diente partido, amputación, picadura de insecto, electrocución o quemadura térmica, química, eléctrica o radioactiva. Las lesiones de torcedura o desguince de los músculos, coyunturas y tejidos conectivos están clasificadas como lesiones cuando resulten de un resbalón, tropezón, caída u otros accidentes similares.

Enfermedades clasificadas

Enfermedades o desórdenes de la piel

Las enfermedades o desórdenes de la piel son enfermedades que el empleado sufre en la piel, las cuales son causadas por exposición a químicos, plantas u otras sustancias en el trabajo.

Ejemplos: Dermatitis de contacto, eccema o sarpullido causados por irritantes primarios y sensibilizadores o plantas venenosas; acné, ampollas por fricción, úlceras por cromo; inflamación de la piel.

Condiciones respiratorias

Las condiciones respiratorias son enfermedades asociadas con la respiración de agentes biológicos, químicos, polvos, gases, vapores o emanaciones peligrosas en el trabajo.

Ejemplos: Silicosis, asbestosis, neumonitis, faringitis, rinitis o congestión aguda; pulmón de agricultor; enfermedad por berilio, tuberculosis,

asma ocupacional, síndrome de disfunción reactiva de las vías respiratorias (RADs), enfermedad obstructiva pulmonar crónica (COPD), neumonitis de hiper-sensitividad, lesión por inhalación tóxica, tal como fiebre por emanaciones metálicas, bronquitis obstructiva crónica y otras neumoconiosis.

Envenenamiento

El envenenamiento incluye desórdenes evidenciados por concentraciones anormales de sustancias tóxicas en la sangre, otros tejidos, otros fluidos del cuerpo o el aliento que son causadas por la ingestión o absorción de sustancias tóxicas al cuerpo.

Ejemplos: Envenenamiento con plomo, mercurio, cadmio, arsénico u otros metales; envenenamiento con monóxido de carbono, sulfito de hidrógeno u otros gases; envenenamiento con benceno, benzol, tetracloruro de carbono u otros solventes orgánicos; envenenamiento con rocíos de insecticidas, tales como parathion o arsenato de plomo; envenenamiento con otros químicos, tal como formaldehído.

Pérdida de Audición

La pérdida de audición inducida por ruido está definida para propósitos del mantenimiento de registros como un cambio en el valor umbral de la audición, relativo al audiograma base, en un promedio de 10 decibeles o más en cualquier oído a 2000, 3000 y 4000 hertz, y el nivel de audición total del empleado es 25 decibeles o más sobre el cero audiométrico (también promediado en 2000, 3000 y 4000 hertz) en el mismo oído.

Todas las otras enfermedades ocupacionales

Ejemplos: Ataques por calor, insolación, agotamiento por calor y otros efectos del calor ambiental; congelación, necrosis producida por congelación y otros efectos de la exposición a bajas temperaturas; enfermedad por descompresión; efectos de radiación ionizante (isótopos, rayos x, radio); efectos de la radiación no ionizante (fogonazo de soldadura, rayos ultravioleta, láser); ántrax, enfermedades producidas por la contaminación de patógenos en la sangre tales como SIDA, VIH, hepatitis B o hepatitis C; brucelosis; tumores benignos o malignos; histoplasmosis; coccidioidomicosis; desordenes músculo esqueléticos (MSDs); pérdida de la audición inducida por el ruido.

¿Cuándo tiene usted que exhibir el Sumario?

Usted tiene que exhibir el *Sumario* solamente — no el *Registro* — desde el primero de febrero hasta el 30 de abril del año siguiente al año cubierto por la forma.

¿Por cuánto tiempo usted tiene que mantener el Registro y el Sumario en archivo?

Usted tiene que mantener el *Registro* y el *Sumario* por los cinco (5) años siguientes al año al cual pertenecen.

¿Tiene que enviar estas formas a OSHA al final de cada año?

No. Usted no tiene que enviar las formas completadas a OSHA, a menos que se le solicite hacerlo.

¿Cómo podemos ayudarle?

Si tiene preguntas acerca de cómo llenar el *Registro*:

- Visite nuestro sitio Web: www.orosha.org
- Llame a Oregon OSHA al 800-922-2689 o 503-378-3272

Línea en español: 800-843-8086

Opcional: Calculando los índices de incidencia de lesión y enfermedad

¿Qué es un índice de incidencia?

Un índice de incidencia es el número de lesiones y enfermedades registrables que ocurren entre un número dado de trabajadores a tiempo completo (usualmente 100 trabajadores a tiempo completo) durante un período de tiempo dado (usualmente un año). Para evaluar la experiencia de lesión y enfermedad de su negocio durante el período de tiempo o para comparar la experiencia de su negocio con la de la rama de su industria en general, necesita calcular su índice de incidencia. Los índices de incidencia pueden ayudarle a identificar problemas de su lugar de trabajo y/o el progreso que pueda haber hecho en prevenir lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo. Esta información es también usada por Oregon OSHA para calcular potenciales reducciones de multas.

¿Cómo se calcula el índice de incidencia?

Usted puede calcular rápida y fácilmente el índice de incidencia de las lesiones y enfermedades ocupacionales para todos los casos registrables o para los casos que envuelvan días fuera del trabajo o días de trabajo restringido. Siga las instrucciones en el párrafo (a), a continuación, para el total de los casos registrables o aquellas en el párrafo (b) para los casos que envuelvan días fuera del trabajo y días de trabajo restringido, y para ambos índices siga las instrucciones en el párrafo (c).

(a) Para encontrar el número total de lesiones y enfermedades registrables que ocurrieron durante el año — cuente el número de entradas en su *Formulario OSHA 300*, o use como referencia el *Formulario OSHA 300A* y sume las entradas en las columnas (G), (H), (I) y (J).

(b) Para encontrar el número de lesiones y enfermedades que envuelvan días fuera del trabajo y días de trabajo restringido (DART) — cuente el número de entradas que recibieron una marca en las columnas (H) e (I) en su *Formulario OSHA 300*, o refiérase a la entrada en las columnas (H) e (I) en el *Formulario OSHA 300A*.

(c) El número de horas que todos los empleados en efecto trabajaron durante el año. Use como referencia el *Formulario OSHA 300A* y las hojas de trabajo opcionales para calcular este número.

Usted puede calcular el índice de incidencia para todos los casos registrables de lesiones y enfermedades usando la siguiente fórmula:

Número total de lesiones y enfermedades ÷ para el número de horas trabajadas por todos los empleados x 200,000 horas = índice total de casos registrables.

(La cifra 200,000 en la fórmula representa el número de horas que 100 empleados podrían trabajar, si es que trabajaran 40 horas por semana, 50 semanas al año, y provee la base estándar para calcular índices de incidencia.)

Usted puede calcular el índice de incidencia para los casos registrables que envuelvan días fuera del trabajo, días de actividad de trabajo restringido o de transferencia de trabajo usando la siguiente fórmula:

(Número de lesiones en la columna H + número de entradas en la columna I) ÷ para el número de horas trabajadas por todos los empleados x 200,000 horas = índice de incidencia DART.

Usted puede usar la misma fórmula para calcular índices de incidencia para otras variables, tales como casos que envuelvan actividad de trabajo restringido (columna (I) en el *Formulario OSHA 300A*), casos que envuelvan desórdenes en la piel (columna (M-2) en el *Formulario OSHA 300A*), etc. Sólo substituya el total apropiado para estos casos del *Formulario OSHA 300A* a la fórmula en lugar del número total de lesiones y enfermedades.

¿Con qué puedo comparar mi índice de incidencia?

El Departamento de Estadísticas del Trabajo (BLS, por sus siglas en inglés), conduce un estudio de lesiones y enfermedades ocupacionales cada año y publica los datos sobre los índices de incidencia de acuerdo a varias clasificaciones (por ejemplo: por industria, por tamaño de patrono, etc.). Puede también obtener los datos en: www.bls.gov o llamando a la oficina regional de BLS. También puede visitar nuestro sitio Web: www.cbs.state.or.us/imd para mirar los reportes de OSHA.

Hoja de Trabajo

Número total de lesiones y enfermedades registrables en su establecimiento

÷

X 200,000 =

Índice de incidencia del total de casos registrables

Horas trabajadas por todos sus empleados

Número total de lesiones y enfermedades registrables con días de trabajo fuera de la oficina y trabajo restringido

÷

X 200,000 =

Índice de casos registrables con días de trabajo fuera de la oficina y trabajo restringido

Horas trabajadas por todos sus empleados

Cómo llenar el Registro

Cómo llenar el Registro

El Registro de Lesiones y Enfermedades

Ocupacionales es usado para clasificar las lesiones y enfermedades relacionadas con trabajo y para señalar la extensión y severidad de cada caso.

Cuando ocurre un incidente, use el Registro para registrar los detalles específicos sobre lo que ocurrió y cómo ocurrió.

Si su compañía tiene más de un establecimiento o sitio, usted tiene que mantener registros separados para cada uno de los establecimientos que se espera permanezcan en operación por un año o más.

En este manual ofrecemos varias copias del Registro. Si necesita más, puede hacer fotocopias.

El Sumario es una forma separada la cual muestra los totales de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo para el año en cada categoría. Al final del año, totalice el número de incidentes en cada categoría y transfiera los totales del Registro al Sumario. Luego fije el Sumario en un lugar visible, de modo que sus empleados estén al tanto de las lesiones y enfermedades que ocurrieron en su lugar de trabajo.

Usted no tiene que exhibir el Registro. Exhiba sólo el Sumario al final del año.

Formulario OSHA - 300

Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales

Usted debe registrar la información sobre cada muerte relacionada con el trabajo y sobre cada lesión o enfermedad relacionada con el trabajo que envuelva la pérdida de conocimiento, actividad de trabajo restringido o transferencia de trabajo con días fuera del trabajo (días calendario) o tratamiento médico más extenso que asistencia de 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 lesiones y enfermedades ocupacionales que cumplan con cualesquiera de los criterios de registro específicos establecidos en OAR 437-001-0700. Use dos líneas para un solo caso, si necesita hacerlo. Debe completar un Reporte de Lesion o Enfermedad en el Trabajo Formulario 801s, o equivalente para cada lesión o enfermedad registrada en esta hoja. Si no está seguro de si un caso es registrable, llame a su oficina local de Oregon OSHA para asistencia.

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

Año 20_____

Department of Consumer & Business Services
Oregon Occupational Safety & Health Division (Oregon OSHA)

Nombre del establecimiento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Identifique la persona		Describa el caso				Clasifique el caso											
(A) Núm. de Caso	(B) Nombre del Empleado	(C) Ocupación (Ej: soldador)	(D) Fecha de lesión o de la enfermedad	(E) ¿Dónde ocurrió el evento? (Ej: área norte del almacén)	(F) Describa la lesión o enfermedad, partes del cuerpo afectadas y objeto/substancia que directamente lesionó o enfermó a la persona (Ej: quemaduras de segundo grado en el antebrazo derecho debido a un soplete de acetileno)	Usando estas cuatro categorías, marque solamente el resultado más serio para cada caso:				Registre el número de días que el empleado estuvo lesionado o enfermo:		Marque la columna de "lesión" o seleccione un tipo de enfermedad:					
						Muerte del trabajo	Días fuera del trabajo o transferido	Permanencia en el trabajo	Otros casos registrables	Número total de días fuera del trabajo	Número total de días de trabajo restringido o transferido	Lesión	Desorden de la piel	Condición respiratoria	Envenenamiento	Pérdida de la audición	Otras enfermedades
						(G)	(H)	(I)	(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"/>

Sea lo más específico posible. Use dos líneas si necesita más espacio.

Revise el registro si la lesión o enfermedad progresa y el resultado es más serio de lo que originalmente usted registró para el caso. Tache, borre, o use corrector en la entrada original.

Elija UNA de estas categorías. Clasifique el caso registrando el resultado más serio. Use la columna G (muerte) para el resultado más serio. La columna J (otros casos recordables) para resultados menos serios.

Anote si el caso envuelve una lesión o enfermedad.

Formulario OSHA - 300

Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales

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

Año 20 _____
 Departamento de Servicios para
 Consumidores y Negocios
 División de Seguridad y
 Salud en el Trabajo (Oregon-OSHA)

Usted debe registrar la información sobre cada muerte relacionada con el trabajo y sobre cada lesión o enfermedad relacionada con el trabajo que envuelva la pérdida de conocimiento, actividad de trabajo restringido o transferencia de trabajo con días fuera del trabajo (días calendario) o tratamiento médico más extenso que asistencia de 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 lesiones y enfermedades ocupacionales que cumplan con cualesquiera de los criterios de registro específicos establecidos en OAR 437-001-0700. Use dos líneas para un solo caso, si necesita hacerlo. Debe completar un Reporte de Lesión o Enfermedad en el Trabajo Formulario 801s, o equivalente para cada lesión o enfermedad registrada en esta hoja. Si no está seguro de si un caso es registrable, llame a su oficina local de Oregon OSHA para asistencia.

Nombre del establecimiento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Identifique la persona		Describa el caso			Clasifique el caso				Registre el número de días que el empleado estuvo lesionado o enfermo:		Marque la columna de "lesión" o seleccione un tipo de enfermedad:					
(A) Núm. de Caso	(B) Nombre del Empleado	(C) Ocupación (Ej: soldador)	(D) Fecha de lesión o de la enfermedad	(E) ¿Dónde ocurrió el evento? (Ej: área norte del almacén)	(F) Describa la lesión o enfermedad, partes del cuerpo afectadas y objeto/substancia que directamente lesionó o enfermó a la persona (Ej: quemaduras de segundo grado en el antebrazo derecho debido a un soplete de acetileno)	Usando estas cuatro categorías, marque solamente el resultado más serio para cada caso:		Número total de días fuera del trabajo		Marque la columna de "lesión" o seleccione un tipo de enfermedad:						
						Muerte del trabajo	Días fuera del trabajo	Permaneció en el trabajo	Número total de días fuera del trabajo	Número total de días de trabajo restringido o transferido	Lesión	Desorden de la piel	Condición respiratoria	Envenenamiento	Pérdida de la audición	Otras enfermedades
						(G)	(H)	(I)	(K)	(L)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
						Trabajo restringido o transferido		Otros casos registrables	días	días	Lesión	Desorden de la piel	Condición respiratoria	Envenenamiento	Pérdida de la audición	Otras enfermedades
_____	_____	_____	mes / día	_____	_____	<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"/>	_____ 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"/>	_____ 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"/>	_____ 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"/>	_____ 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"/>	_____ 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"/>	_____ 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"/>	_____ 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"/>	_____ 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"/>	_____ 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"/>	_____ 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"/>	_____ 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"/>	_____ días	_____ días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month / day	_____	_____	<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"/>
_____	_____	_____	month / day	_____	_____	<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"/>
Totales de la página ▶						_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Asegúrese de transferir estos totales al Sumario (Formulario 300A) antes de exhibirlo.

Formulario OSHA - 300

Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales

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

Año 20 _____
 Departamento de Servicios para
 Consumidores y Negocios
 División de Seguridad y
 Salud en el Trabajo (Oregon-OSHA)

Usted debe registrar la información sobre cada muerte relacionada con el trabajo y sobre cada lesión o enfermedad relacionada con el trabajo que envuelva la pérdida de conocimiento, actividad de trabajo restringido o transferencia de trabajo con días fuera del trabajo (días calendario) o tratamiento médico más extenso que asistencia de 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 lesiones y enfermedades ocupacionales que cumplan con cualesquiera de los criterios de registro específicos establecidos en OAR 437-001-0700. Use dos líneas para un solo caso, si necesita hacerlo. Debe completar un Reporte de Lesión o Enfermedad en el Trabajo Formulario 801s, o equivalente para cada lesión o enfermedad registrada en esta hoja. Si no está seguro de si un caso es registrable, llame a su oficina local de Oregon OSHA para asistencia.

Nombre del establecimiento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Identifique la persona		Describa el caso				Clasifique el caso				Registre el número de días que el empleado estuvo lesionado o enfermo:		Marque la columna de "lesión" o seleccione un tipo de enfermedad:						
(A) Núm. de Caso	(B) Nombre del Empleado	(C) Ocupación (Ej: soldador)	(D) Fecha de lesión o de la enfermedad	(E) ¿Dónde ocurrió el evento? (Ej: área norte del almacén)	(F) Describa la lesión o enfermedad, partes del cuerpo afectadas y objeto/substancia que directamente lesionó o enfermó a la persona (Ej: quemaduras de segundo grado en el antebrazo derecho debido a un soplete de acetileno)	Usando estas cuatro categorías, marque solamente el resultado más serio para cada caso:		Permaneció en el trabajo		Número total de días fuera del trabajo	Número total de días de trabajo restringido o transferido	(M)						
						Muerte del trabajo	Días fuera del trabajo	Trabajo restringido o transferido	Otros casos registrables	(K) días	(L) días	Lesión (1)	Desorden de la piel (2)	Condición respiratoria (3)	Envenenamiento (4)	Pérdida de la audición (5)	Otras enfermedades (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"/>	
_____	_____	_____	month / day	_____	_____	<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"/>	
_____	_____	_____	month / day	_____	_____	<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"/>	
Totales de la página ▶						<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"/>	
												Lesión	Desorden de la piel	Condición respiratoria	Envenenamiento	Pérdida de la audición	Otras enfermedades	
												(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	

Asegúrese de transferir estos totales al Sumario (Formulario 300A) antes de exhibirlo.

Formulario OSHA - 300

Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales

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

Año 20 _____
 Departamento de Servicios para
 Consumidores y Negocios
 División de Seguridad y
 Salud en el Trabajo (Oregon-OSHA)

Usted debe registrar la información sobre cada muerte relacionada con el trabajo y sobre cada lesión o enfermedad relacionada con el trabajo que envuelva la pérdida de conocimiento, actividad de trabajo restringido o transferencia de trabajo con días fuera del trabajo (días calendario) o tratamiento médico más extenso que asistencia de 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 lesiones y enfermedades ocupacionales que cumplan con cualesquiera de los criterios de registro específicos establecidos en OAR 437-001-0700. Use dos líneas para un solo caso, si necesita hacerlo. Debe completar un Reporte de Lesión o Enfermedad en el Trabajo Formulario 801s, o equivalente para cada lesión o enfermedad registrada en esta hoja. Si no está seguro de si un caso es registrable, llame a su oficina local de Oregon OSHA para asistencia.

Nombre del establecimiento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Identifique la persona		Describa el caso				Clasifique el caso				Registre el número de días que el empleado estuvo lesionado o enfermo:		Marque la columna de "lesión" o seleccione un tipo de enfermedad:					
(A) Núm. de Caso	(B) Nombre del Empleado	(C) Ocupación (Ej: soldador)	(D) Fecha de lesión o de la enfermedad	(E) ¿Dónde ocurrió el evento? (Ej: área norte del almacén)	(F) Describa la lesión o enfermedad, partes del cuerpo afectadas y objeto/substancia que directamente lesionó o enfermó a la persona (Ej: quemaduras de segundo grado en el antebrazo derecho debido a un soplete de acetileno)	Usando estas cuatro categorías, marque solamente el resultado más serio para cada caso:		Permaneció en el trabajo		Número total de días fuera del trabajo	Número total de días de trabajo restringido o transferido	(M)					
						Muerte del trabajo	Días fuera del trabajo	Trabajo restringido o transferido	Otros casos registrables	(K) días	(L) días	Lesión	Desorden de la piel	Condición respiratoria	Envenenamiento	Pérdida de la audición	Otras enfermedades
			mes / día			(G)	(H)	(I)	(J)			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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"/>
Totales de la página ►						<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"/>
												Lesión	Desorden de la piel	Condición respiratoria	Envenenamiento	Pérdida de la audición	Otras enfermedades
												(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Asegúrese de transferir estos totales al Sumario (Formulario 300A) antes de exhibirlo.

Formulario OSHA - 300

Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales

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

Año 20 _____
 Departamento de Servicios para
 Consumidores y Negocios
 División de Seguridad y
 Salud en el Trabajo (Oregon-OSHA)

Usted debe registrar la información sobre cada muerte relacionada con el trabajo y sobre cada lesión o enfermedad relacionada con el trabajo que envuelva la pérdida de conocimiento, actividad de trabajo restringido o transferencia de trabajo con días fuera del trabajo (días calendario) o tratamiento médico más extenso que asistencia de 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 lesiones y enfermedades ocupacionales que cumplan con cualesquiera de los criterios de registro específicos establecidos en OAR 437-001-0700. Use dos líneas para un solo caso, si necesita hacerlo. Debe completar un Reporte de Lesión o Enfermedad en el Trabajo Formulario 801s, o equivalente para cada lesión o enfermedad registrada en esta hoja. Si no está seguro de si un caso es registrable, llame a su oficina local de Oregon OSHA para asistencia.

Nombre del establecimiento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Identifique la persona		Describa el caso				Clasifique el caso				Registre el número de días que el empleado estuvo lesionado o enfermo:		Marque la columna de "lesión" o seleccione un tipo de enfermedad:					
(A) Núm. de Caso	(B) Nombre del Empleado	(C) Ocupación (Ej: soldador)	(D) Fecha de lesión o de la enfermedad	(E) ¿Dónde ocurrió el evento? (Ej: área norte del almacén)	(F) Describa la lesión o enfermedad, partes del cuerpo afectadas y objeto/substancia que directamente lesionó o enfermó a la persona (Ej: quemaduras de segundo grado en el antebrazo derecho debido a un soplete de acetileno)	Usando estas cuatro categorías, marque solamente el resultado más serio para cada caso:		Permaneció en el trabajo		Número total de días fuera del trabajo	Número total de días de trabajo restringido o transferido	(M)					
						Muerte del trabajo	Días fuera del trabajo	Trabajo restringido o transferido	Otros casos registrables	(K) días	(L) días	Lesión (1)	Desorden de la piel (2)	Condición respiratoria (3)	Envenenamiento (4)	Pérdida de la audición (5)	Otras enfermedades (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"/>
			month / day			<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"/>
			month / day			<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"/>
Totales de la página ►						<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"/>
												Lesión	Desorden de la piel	Condición respiratoria	Envenenamiento	Pérdida de la audición	Otras enfermedades
												(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Asegúrese de transferir estos totales al Sumario (Formulario 300A) antes de exhibirlo.

Formulario OSHA - 300A

Sumario de Lesiones y Enfermedades Relacionadas con el Trabajo

Año 20 _____
Departamento de Servicios para
Consumidores y Negocios
División de Seguridad y Salud
en el Trabajo (Oregon OSHA)

Todos los establecimientos cubiertos por el OAR 437-001-0700 deben completar este *Sumario*, aunque no ocurra ninguna lesión o enfermedad relacionada con el trabajo durante el año. Recuerde revisar el *Registro* para verificar que todas las entradas estén llenas y correctas, antes de completar este sumario.

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

Los empleados, ex-empleados, y sus representantes tienen el derecho de revisar el *Formulario OSHA-300* completamente. También, tienen acceso limitado al *Formulario 801s* o su equivalente. Ver OAR 437-001-0700(20).

Número de casos

Número total de muertes	Número total de casos con días fuera del trabajo	Número total de casos con trabajo transferido o restringido	Número total de otros casos registrados
_____	_____	_____	_____
(G)	(H)	(I)	(J)

Número de días

Número total de días fuera del trabajo	Número total de días de trabajo transferido o restringido
_____	_____
(K)	(L)

Tipos de lesión o enfermedad

Número total de ...
(M)

(1) Lesiones	_____	(4) Envenenamientos	_____
(2) Desordenes de la piel	_____	(5) Pérdida de la audición	_____
(3) Condiciones respiratorias	_____	(6) Otras enfermedades	_____

Exhiba este formulario desde el 1 de febrero del presente año hasta el 30 de abril del siguiente año cubierto en este formulario.

Información del establecimiento

Nombre de su establecimiento: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Descripción de la industria (Ej: manufacturación de motores para camión)

Clasificación Industrial Estándar (SIC) si la sabe (Ej: SIC 3715)

Información de empleo (Si usted no sabe estas cantidades, vea la hoja de trabajo al reverso de esta página para hacer un estimado.)

Número promedio anual de empleados _____

Número total de horas trabajadas el año pasado por todos los empleados _____

Firme aquí

El falsificar este documento con conocimiento puede resultar en una multa.

Certifico que he examinado este documento y que en el mejor de mis conocimientos las entradas son verdaderas, exactas, y completas.

Ejecutivo de la compañía

Título

Teléfono: (_____) _____ Fecha: ____/____/____

Opcional: Hoja de Trabajo para ayudarle a llenar el Sumario

Al final del año, OSHA requiere que usted registre en el *Sumario*, el número total de empleados y el total de horas trabajadas por sus empleados. Si usted no sabe estas cantidades, puede usar la información provista en esta página para hacer un estimado de los números que tiene que registrar en el *Sumario* al final del año.

Cómo saber el número promedio de empleados que trabajaron para su establecimiento durante el año:

- 1** **Sume** el número total de empleados que su establecimiento pagó durante todos los periodos de pago durante el año. Incluya todos los empleados: tiempo completo, medio tiempo, temporarios, estacionales, asalariados, y pagados por hora.

El número de empleados pagados durante todos los periodos de pago = ❶ _____
- 2** **Cuente** el número de periodos de pago que su establecimiento tuvo durante el año. Asegúrese de incluir cualquier periodo de pago en el que no tuvo empleados.

El número de periodos de pago durante el año = ❷ _____
- 3** **Divida** el número de empleados para el número de periodos de pago.

$\frac{\text{❶}}{\text{❷}} = \text{❸} \text{ _____}$
- 4** **Redondee** la respuesta al próximo número entero. Escriba el número entero redondeado en el espacio en blanco marcado *Número promedio anual redondeado de empleados*.

El número redondeado = ❹ _____

Por ejemplo: Acme Construction calculó su promedio de empleo de la siguiente manera:

Por periodo de pago ...	Acme pagó este número de empleados ...		
1	10	Número de empleados pagados = 830	❶
2	0		
3	15	Número de periodos de pago = 26	❷
4	30	$\frac{830}{26} = 31.92$	❸
5	40		
▼	▼		
24	20	31.92 se redondea a 32	❹
25	15		
26	+10		
	830	32 es el número promedio anual de empleados	

Cómo saber el número de horas trabajadas por todos los empleados:

Incluye horas trabajadas por trabajadores asalariados, pagados por hora, trabajadores a medio tiempo y estacionales, así como horas trabajadas por otros trabajadores sujetos a la supervisión diaria de parte de su establecimiento (Ej: trabajadores de servicio temporario).

No incluya vacación, ausencia por enfermedad, días feriados o ningún otro tiempo no trabajado aunque los empleados hayan sido pagados por dicho tiempo. Si su establecimiento mantiene archivos solamente de las horas pagadas o si usted tiene empleados que no son pagados por hora, haga un estimado de las horas que los empleados trabajaron.

Si este número no está disponible, usted puede usar esta hoja de trabajo opcional para hacer el estimado.

Hoja de trabajo opcional

- _____ Encuentre el número de empleados a tiempo completo en su establecimiento durante el año.
- x _____ Multiplíquelo por el número de horas trabajadas por un empleado a tiempo completo en un año.
- _____ Este es el número de horas trabajadas a tiempo completo.
- + _____ Sume las horas de sobre-tiempo y las horas trabajadas por otros empleados (a medio tiempo, temporarios, o estacionales)
- _____ Redondee la respuesta al próximo número entero. Escriba el número redondeado en el espacio en blanco marcado *Total de horas trabajadas por todos los empleados el año pasado*.

Formulario OSHA - 300A

Sumario de Lesiones y Enfermedades Relacionadas con el Trabajo

Año 20 _____
Departamento de Servicios para
Consumidores y Negocios
División de Seguridad y Salud
en el Trabajo (Oregon OSHA)

Todos los establecimientos cubiertos por el OAR 437-001-0700 deben completar este *Sumario*, aunque no ocurra ninguna lesión o enfermedad relacionada con el trabajo durante el año. Recuerde revisar el *Registro* para verificar que todas las entradas estén llenas y correctas, antes de completar este sumario.

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

Los empleados, ex-empleados, y sus representantes tienen el derecho de revisar el *Formulario OSHA-300* completamente. También, tienen acceso limitado al *Formulario 801s* o su equivalente. Ver OAR 437-001-0700(20).

Número de casos

Número total de muertes	Número total de casos con días fuera del trabajo	Número total de casos con trabajo transferido o restringido	Número total de otros casos registrados
_____	_____	_____	_____
(G)	(H)	(I)	(J)

Número de días

Número total de días fuera del trabajo	Número total de días de trabajo transferido o restringido
_____	_____
(K)	(L)

Tipos de lesión o enfermedad

Número total de ...	
(M)	
(1) Lesiones _____	(4) Envenenamientos _____
(2) Desordenes de la piel _____	(5) Pérdida de la audición _____
(3) Condiciones respiratorias _____	(6) Otras enfermedades _____

Exhiba este formulario desde el 1 de febrero del presente año hasta el 30 de abril del siguiente año cubierto en este formulario.

Información del establecimiento

Nombre de su establecimiento: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Descripción de la industria (Ej: manufacturación de motores para camión)

Clasificación Industrial Estándar (SIC) si la sabe (Ej: SIC 3715)

Información de empleo (Si usted no sabe estas cantidades, vea la hoja de trabajo al reverso de esta página para hacer un estimado.)

Número promedio anual de empleados _____

Número total de horas trabajadas el año pasado por todos los empleados _____

Firme aquí

El falsificar este documento con conocimiento puede resultar en una multa.

Certifico que he examinado este documento y que en el mejor de mis conocimientos las entradas son verdaderas, exactas, y completas.

Ejecutivo de la compañía Título

Teléfono: (_____) _____ Fecha: ____/____/____

Opcional: Hoja de Trabajo para ayudarle a llenar el Sumario

Al final del año, OSHA requiere que usted registre en el *Sumario*, el número total de empleados y el total de horas trabajadas por sus empleados. Si usted no sabe estas cantidades, puede usar la información provista en esta página para hacer un estimado de los números que tiene que registrar en el *Sumario* al final del año.

Cómo saber el número promedio de empleados que trabajaron para su establecimiento durante el año:

- 1** **Sume** el número total de empleados que su establecimiento pagó durante todos los periodos de pago durante el año. Incluya todos los empleados: tiempo completo, medio tiempo, temporarios, estacionales, asalariados, y pagados por hora.

El número de empleados pagados durante todos los periodos de pago = **1** _____
- 2** **Cuente** el número de periodos de pago que su establecimiento tuvo durante el año. Asegúrese de incluir cualquier periodo de pago en el que no tuvo empleados.

El número de periodos de pago durante el año = **2** _____
- 3** **Divida** el número de empleados para el número de periodos de pago.

$\frac{\mathbf{1}}{\mathbf{2}}$ _____ = **3** _____
- 4** **Redondee** la respuesta al próximo número entero. Escriba el número entero redondeado en el espacio en blanco marcado *Número promedio anual redondeado de empleados*.

El número redondeado = **4** _____

Por ejemplo: Acme Construction calculó su promedio de empleo de la siguiente manera:

Por periodo de pago ...	Acme pagó este número de empleados ...		
1	10	Número de empleados pagados = 830	1
2	0		
3	15	Número de periodos de pago = 26	2
4	30	$\frac{830}{26} = 31.92$	3
5	40		
▼	▼		
24	20	31.92 se redondea a 32	4
25	15		
26	+10		
	830	32 es el número promedio anual de empleados	

Cómo saber el número de horas trabajadas por todos los empleados:

Incluye horas trabajadas por trabajadores asalariados, pagados por hora, trabajadores a medio tiempo y estacionales, así como horas trabajadas por otros trabajadores sujetos a la supervisión diaria de parte de su establecimiento (Ej: trabajadores de servicio temporario).

No incluya vacación, ausencia por enfermedad, días feriados o ningún otro tiempo no trabajado aunque los empleados hayan sido pagados por dicho tiempo. Si su establecimiento mantiene archivos solamente de las horas pagadas o si usted tiene empleados que no son pagados por hora, haga un estimado de las horas que los empleados trabajaron.

Si este número no está disponible, usted puede usar esta hoja de trabajo opcional para hacer el estimado.

Hoja de trabajo opcional

_____ **Encuentre** el número de empleados a tiempo completo en su establecimiento durante el año.

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

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

+ _____ **Sume** las horas de sobre-tiempo y las horas trabajadas por otros empleados (a medio tiempo, temporarios, o estacionales)

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

Formulario OSHA - 300A

Sumario de Lesiones y Enfermedades Relacionadas con el Trabajo

Año 20 _____
Departamento de Servicios para
Consumidores y Negocios
División de Seguridad y Salud
en el Trabajo (Oregon OSHA)

Todos los establecimientos cubiertos por el OAR 437-001-0700 deben completar este *Sumario*, aunque no ocurra ninguna lesión o enfermedad relacionada con el trabajo durante el año. Recuerde revisar el *Registro* para verificar que todas las entradas estén llenas y correctas, antes de completar este sumario.

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

Los empleados, ex-empleados, y sus representantes tienen el derecho de revisar el *Formulario OSHA-300* completamente. También, tienen acceso limitado al *Formulario 801s* o su equivalente. Ver OAR 437-001-0700(20).

Número de casos

Número total de muertes	Número total de casos con días fuera del trabajo	Número total de casos con trabajo transferido o restringido	Número total de otros casos registrados
_____	_____	_____	_____
(G)	(H)	(I)	(J)

Número de días

Número total de días fuera del trabajo	Número total de días de trabajo transferido o restringido
_____	_____
(K)	(L)

Tipos de lesión o enfermedad

Número total de ...
(M)

(1) Lesiones _____	(4) Envenenamientos _____
(2) Desordenes de la piel _____	(5) Pérdida de la audición _____
(3) Condiciones respiratorias _____	(6) Otras enfermedades _____

Exhiba este formulario desde el 1 de febrero del presente año hasta el 30 de abril del siguiente año cubierto en este formulario.

Información del establecimiento

Nombre de su establecimiento: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Descripción de la industria (Ej: manufacturación de motores para camión)

Clasificación Industrial Estándar (SIC) si la sabe (Ej: SIC 3715)

Información de empleo (Si usted no sabe estas cantidades, vea la hoja de trabajo al reverso de esta página para hacer un estimado.)

Número promedio anual de empleados _____

Número total de horas trabajadas el año pasado por todos los empleados _____

Firme aquí

El falsificar este documento con conocimiento puede resultar en una multa.

Certifico que he examinado este documento y que en el mejor de mis conocimientos las entradas son verdaderas, exactas, y completas.

Ejecutivo de la compañía Título

Teléfono: (_____) _____ Fecha: ____/____/____

Opcional: Hoja de Trabajo para ayudarle a llenar el Sumario

Al final del año, OSHA requiere que usted registre en el *Sumario*, el número total de empleados y el total de horas trabajadas por sus empleados. Si usted no sabe estas cantidades, puede usar la información provista en esta página para hacer un estimado de los números que tiene que registrar en el *Sumario* al final del año.

Cómo saber el número promedio de empleados que trabajaron para su establecimiento durante el año:

- 1** **Sume** el número total de empleados que su establecimiento pagó durante todos los periodos de pago durante el año. Incluya todos los empleados: tiempo completo, medio tiempo, temporarios, estacionales, asalariados, y pagados por hora.

El número de empleados pagados durante todos los periodos de pago = ❶ _____
- 2** **Cuente** el número de periodos de pago que su establecimiento tuvo durante el año. Asegúrese de incluir cualquier periodo de pago en el que no tuvo empleados.

El número de periodos de pago durante el año = ❷ _____
- 3** **Divida** el número de empleados para el número de periodos de pago.

$\frac{\text{❶}}{\text{❷}} = \text{❸} \text{ _____}$
- 4** **Redondee** la respuesta al próximo número entero. Escriba el número entero redondeado en el espacio en blanco marcado *Número promedio anual redondeado de empleados*.

El número redondeado = ❹ _____

Por ejemplo: Acme Construction calculó su promedio de empleo de la siguiente manera:

Por periodo de pago ...	Acme pagó este número de empleados ...		
1	10	Número de empleados pagados = 830	❶
2	0		
3	15	Número de periodos de pago = 26	❷
4	30	$\frac{830}{26} = 31.92$	❸
5	40		
▼	▼		
24	20	31.92 se redondea a 32	❹
25	15		
26	+10		
	830	32 es el número promedio anual de empleados	

Cómo saber el número de horas trabajadas por todos los empleados:

Incluye horas trabajadas por trabajadores asalariados, pagados por hora, trabajadores a medio tiempo y estacionales, así como horas trabajadas por otros trabajadores sujetos a la supervisión diaria de parte de su establecimiento (Ej: trabajadores de servicio temporario).

No incluya vacación, ausencia por enfermedad, días feriados o ningún otro tiempo no trabajado aunque los empleados hayan sido pagados por dicho tiempo. Si su establecimiento mantiene archivos solamente de las horas pagadas o si usted tiene empleados que no son pagados por hora, haga un estimado de las horas que los empleados trabajaron.

Si este número no está disponible, usted puede usar esta hoja de trabajo opcional para hacer el estimado.

Hoja de trabajo opcional

- _____ Encuentre el número de empleados a tiempo completo en su establecimiento durante el año.
- x _____ Multiplíquelo por el número de horas trabajadas por un empleado a tiempo completo en un año.
- _____ Este es el número de horas trabajadas a tiempo completo.
- + _____ Sume las horas de sobre-tiempo y las horas trabajadas por otros empleados (a medio tiempo, temporarios, o estacionales)
- _____ Redondee la respuesta al próximo número entero. Escriba el número redondeado en el espacio en blanco marcado *Total de horas trabajadas por todos los empleados el año pasado*.

Formulario OSHA - 300A

Sumario de Lesiones y Enfermedades Relacionadas con el Trabajo

Año 20 _____
Departamento de Servicios para
Consumidores y Negocios
División de Seguridad y Salud
en el Trabajo (Oregon OSHA)

Todos los establecimientos cubiertos por el OAR 437-001-0700 deben completar este *Sumario*, aunque no ocurra ninguna lesión o enfermedad relacionada con el trabajo durante el año. Recuerde revisar el *Registro* para verificar que todas las entradas estén llenas y correctas, antes de completar este sumario.

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

Los empleados, ex-empleados, y sus representantes tienen el derecho de revisar el *Formulario OSHA-300* completamente. También, tienen acceso limitado al *Formulario 801s* o su equivalente. Ver OAR 437-001-0700(20).

Número de casos

Número total de muertes	Número total de casos con días fuera del trabajo	Número total de casos con trabajo transferido o restringido	Número total de otros casos registrados
_____	_____	_____	_____
(G)	(H)	(I)	(J)

Número de días

Número total de días fuera del trabajo	Número total de días de trabajo transferido o restringido
_____	_____
(K)	(L)

Tipos de lesión o enfermedad

Número total de ...
(M)

(1) Lesiones _____	(4) Envenenamientos _____
(2) Desordenes de la piel _____	(5) Pérdida de la audición _____
(3) Condiciones respiratorias _____	(6) Otras enfermedades _____

Exhiba este formulario desde el 1 de febrero del presente año hasta el 30 de abril del siguiente año cubierto en este formulario.

Información del establecimiento

Nombre de su establecimiento: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Descripción de la industria (Ej: manufacturación de motores para camión)

Clasificación Industrial Estándar (SIC) si la sabe (Ej: SIC 3715)

Información de empleo (Si usted no sabe estas cantidades, vea la hoja de trabajo al reverso de esta página para hacer un estimado.)

Número promedio anual de empleados _____

Número total de horas trabajadas el año pasado por todos los empleados _____

Firme aquí

El falsificar este documento con conocimiento puede resultar en una multa.

Certifico que he examinado este documento y que en el mejor de mis conocimientos las entradas son verdaderas, exactas, y completas.

Ejecutivo de la compañía Título

Teléfono: (_____) _____ Fecha: ____/____/____

Opcional: Hoja de Trabajo para ayudarle a llenar el Sumario

Al final del año, OSHA requiere que usted registre en el *Sumario*, el número total de empleados y el total de horas trabajadas por sus empleados. Si usted no sabe estas cantidades, puede usar la información provista en esta página para hacer un estimado de los números que tiene que registrar en el *Sumario* al final del año.

Cómo saber el número promedio de empleados que trabajaron para su establecimiento durante el año:

- 1** **Sume** el número total de empleados que su establecimiento pagó durante todos los periodos de pago durante el año. Incluya todos los empleados: tiempo completo, medio tiempo, temporarios, estacionales, asalariados, y pagados por hora.

El número de empleados pagados durante todos los periodos de pago = ❶ _____
- 2** **Cuente** el número de periodos de pago que su establecimiento tuvo durante el año. Asegúrese de incluir cualquier periodo de pago en el que no tuvo empleados.

El número de periodos de pago durante el año = ❷ _____
- 3** **Divida** el número de empleados para el número de periodos de pago.

$\frac{\text{❶}}{\text{❷}} = \text{❸} \text{ _____}$
- 4** **Redondee** la respuesta al próximo número entero. Escriba el número entero redondeado en el espacio en blanco marcado *Número promedio anual redondeado de empleados*.

El número redondeado = ❹ _____

Por ejemplo: Acme Construction calculó su promedio de empleo de la siguiente manera:

Por periodo de pago ...	Acme pagó este número de empleados ...		
1	10	Número de empleados pagados = 830	❶
2	0		
3	15	Número de periodos de pago = 26	❷
4	30	$\frac{830}{26} = 31.92$	❸
5	40		
▼	▼		
24	20	31.92 se redondea a 32	❹
25	15		
26	+10		
	830	32 es el número promedio anual de empleados	

Cómo saber el número de horas trabajadas por todos los empleados:

Incluye horas trabajadas por trabajadores asalariados, pagados por hora, trabajadores a medio tiempo y estacionales, así como horas trabajadas por otros trabajadores sujetos a la supervisión diaria de parte de su establecimiento (Ej: trabajadores de servicio temporario).

No incluya vacación, ausencia por enfermedad, días feriados o ningún otro tiempo no trabajado aunque los empleados hayan sido pagados por dicho tiempo. Si su establecimiento mantiene archivos solamente de las horas pagadas o si usted tiene empleados que no son pagados por hora, haga un estimado de las horas que los empleados trabajaron.

Si este número no está disponible, usted puede usar esta hoja de trabajo opcional para hacer el estimado.

Hoja de trabajo opcional

- _____ Encuentre el número de empleados a tiempo completo en su establecimiento durante el año.
- x _____ Multiplíquelo por el número de horas trabajadas por un empleado a tiempo completo en un año.
- _____ Este es el número de horas trabajadas a tiempo completo.
- + _____ Sume las horas de sobre-tiempo y las horas trabajadas por otros empleados (a medio tiempo, temporarios, o estacionales)
- _____ Redondee la respuesta al próximo número entero. Escriba el número redondeado en el espacio en blanco marcado *Total de horas trabajadas por todos los empleados el año pasado*.

Servicios de Oregon OSHA

Oregon OSHA ofrece una amplia variedad de servicios de seguridad y salud a empleadores y empleados:

Servicios de Consultación

- Ofrece asistencia de seguridad y salud gratuita en el lugar de trabajo para ayudar a los empleadores de Oregon a reconocer y corregir problemas de seguridad y salud en sus lugares de trabajo.
- Proporciona asesoría en las áreas de seguridad, salud industrial, ergonomía, programas de seguridad y salud en el lugar de trabajo, asistencia a nuevas empresas, y el Programa de Reconocimiento de Logro de Seguridad y Salud (SHARP, por sus siglas en inglés).
- Manejo del Programa de Protección Voluntaria (VPP, por sus siglas en inglés).

Cumplimiento

- Ofrece conferencias antes del trabajo para empleadores móviles en industrias tales como la forestal y la de construcción.
- Proporciona asistencia a empleadores que han recibido citaciones para hacer correcciones, también proporciona asistencia para el cumplimiento y asistencia técnica por teléfono.
- Inspecciona los lugares de trabajo para determinar violaciones a normas de seguridad y salud en el trabajo e investiga quejas y accidentes de seguridad y salud en el lugar de trabajo.

Normas y Recursos Técnicos

- Desarrolla, interpreta y proporciona asesoramiento técnico sobre normas de seguridad y salud.

- Proporciona copias de todas las normas ocupacionales de seguridad y salud de Oregon OSHA.
- Publica folletos, panfletos y otros materiales para asistir en la implementación de normas y programas de seguridad y salud.
- Opera el Centro de Recursos de Oregon OSHA el cual contiene libros, archivos de actualidad, publicaciones técnicas, una biblioteca que presta videos y películas, y más de 200 bases de datos.

Educación Pública y Conferencias

- Conduce conferencias, seminarios, talleres y foros de normas.
- Coordina y proporciona capacitación técnica sobre temas como espacios confinados, ergonomía, cierre y etiquetado y excavaciones.
- Proporciona talleres que cubren administración básica de programas de seguridad y salud, comités de seguridad, investigación de accidentes y análisis de seguridad del trabajo.
- Administra el Programa de Subvención de Educación y Capacitación de Seguridad y Salud, el cual otorga subvenciones a grupos industriales y laborales para desarrollar materiales de capacitación en seguridad y salud en el trabajo para trabajadores de Oregon.

Para más información, llame a la oficina de Oregon OSHA más cercana a usted.

Oficina Central de Salem

350 Winter St. NE, Rm. 430
Salem, OR 97301-3882

Teléfono: 503-378-3272

Línea gratuita: 1-800-922-2689

Fax: 503-947-7461

Línea en español:

1-800-843-8086

Web site: www.orosha.org

Portland

1750 NW Naito Parkway, Ste. 112
Portland, OR 97209-2533

503-229-5910

Asesoramiento: 503-229-6193

Salem

1340 Tandem Ave. NE, Ste.160
Salem, OR 97303

503-378-3274

Asesoramiento: 503-373-7819

Eugene

1140 Willagillespie, Ste. 42
Eugene, OR 97401-2101

541-686-7562

Asesoramiento: 541-686-7913

Bend

Red Oaks Square
1230 NE Third St., Ste. A-115
Bend, OR 97701-4374

541-388-6066

Asesoramiento: 541-388-6068

Medford

1840 Barnett Rd., Ste. D
Medford, OR 97504-8250

541-776-6030

Asesoramiento: 541-776-6016

Pendleton

721 SE Third St., Ste. 306
Pendleton, OR 97801-3056

541-276-9175

Asesoramiento: 541-276-2353



440-3353-S (3/09/COM)

