



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) Núm. De Caso	(B) Nombre del Empleado	(C) Ocupación (ej.: soldador)	(D) Fecha de la Lesión o Comienzo 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 lesionara o enfermara directamente a la persona (ej.: quemaduras de segundo grado en el antebrazo derecho, debido a un soplete de acetileno)	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					
						Muerte	Días Fuera del Trabajo	Permaneció en el Trabajo		Número total de días fuera del trabajo (K)	Número total de días de transferencia o restricción de trabajo (L)	Lesión (M)	Desórdenes de la Piel (2)	Condicción Respiratoria (3)	Envenenamiento (4)	Pérdida de la Audición (5)	Otra Enfermedad (6)
						Transferencia o Restricción de Trabajo (I)		Otros casos Registrables (J)									
						(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"/>
_____	_____	_____	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"/>

Totales de la Página >

Asegúrese de transferir estos totales a la Hoja de Resumen (Forma OSHA 300A) antes de fijarla en un lugar visible a los empleados.

Página _____ de _____