

Estimado patrono:

El 18 de septiembre de 2014, la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA, por sus siglas en inglés) anunció en el Federal Register (79 FR 181-56130-56188) su decisión de enmendar los requerimientos de reportar y registrar lesiones y enfermedades ocupacionales.

PR OSHA enmendó su Reglamento 2 OSH Parte 1904 para incluir los cambios para reportar anunciados en el Federal Register (79 FR 181-56130-56188). Esta enmienda entra en vigor el 22 de julio de 2015.

Nota: PR OSHA no adoptó la exención de industrias por NAICS.

Usted tiene que reportar:

- todas las fatalidades relacionadas con el trabajo dentro de 8 horas
- dentro de 24 horas, los siguientes incidentes relacionados con el trabajo:
 - hospitalizaciones con internado
 - amputaciones
 - pérdidas de un ojo

Para reportar un incidente de los descritos anteriormente, puede hacerlo de la siguiente forma:

- Libre de Costo: 1-866-977-6742
- Correo Electrónico: prosha@dol.gov
- Llamando a la oficina de área cercana a su establecimiento (ver directorio)

Para información adicional, refiérase a nuestro reglamento 2 OSH 1904, Registros e Informes de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales.

Tómese algún tiempo para revisar este manual. Si tiene alguna pregunta, visítenos o llame a la Oficina Central u Oficina de Área de PR OSHA cercana a su establecimiento, gustosamente le ayudaremos.

Qué hay adentro...

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

- **Un resumen: Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales**-Instrucciones generales para llenar las formas contenidas en este manual y definiciones de términos que usted debe usar cuando clasifique sus casos como lesiones o enfermedades.
- **Cómo llenar el Registro** – Es un ejemplo para ayudarlo a llenar el *Registro* apropiadamente.
- **Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales** - Varias páginas del *Registro* (puede hacer tantas copias del *Registro* como necesite). El *Registro* está separado del *Resumen*.
- **Resumen de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales** - Páginas removibles del *Resumen* para fijarlo en un lugar visible dentro del término de 1 de febrero al 30 de abril del año siguiente al año cubierto por la forma. Usted fija el *Resumen* solamente, no el *Registro*.
- **Hoja de trabajo para ayudarlo a llenar el Resumen** - Una hoja de trabajo para calcular el número promedio de empleados que trabajaron para su establecimiento y el número total de horas trabajadas.
- **PR OSHA 301: Informe de Incidente de Lesión y Enfermedad** - Varias copias de la forma PR OSHA 301 para proveer detalles sobre el incidente. Usted puede hacer tantas copias como necesite o usar una forma equivalente.



La Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo (Ley Núm. 16 de 5 de agosto de 1975) requiere que ciertos patronos preparen y mantengan registros de las lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo. Use estas definiciones cuando clasifique los casos en el Registro. El reglamento de PR OSHA sobre el mantenimiento de registros de lesiones y enfermedades (véase 2 OSH 1904) provee más información sobre las definiciones a continuación.

El *Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales* (Forma PR OSHA 300) es usado para clasificar las lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo y para señalar la extensión y severidad de cada caso. Cuando ocurra un incidente, use la Forma 300 para registrar los detalles específicos sobre lo que sucedió y cómo sucedió. El *Resumen*, una forma separada (Forma PR OSHA 300A), muestra los totales para el año en cada categoría. Al final del año, fije el *Resumen* en un lugar visible de modo que sus empleados estén al tanto de las lesiones y enfermedades que ocurrieron en su lugar de trabajo.

Los patronos tienen que mantener un *Registro* para cada establecimiento o sitio. Si tiene más de un establecimiento, tiene que mantener un *Registro* y un *Resumen* separado para cada instalación física que se espere esté en operación por un año o más.

Los empleados tienen derecho a revisar sus registros de lesión y enfermedad. Para más información, vea el 2 OSH Parte 1904.35, *Participación de los Empleados*.

Los casos listados en el *Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales* no son necesariamente elegibles a compensaciones u otros beneficios de seguro para el trabajador. Registrar un caso en el *Registro* no significa que el patrono o el empleado haya cometido una falta o haya violado una norma de PR OSHA.

¿Cuándo se considera una lesión o enfermedad relacionada al trabajo?

Una lesión o enfermedad se considera relacionada al trabajo si un evento o exposición en el ambiente de trabajo causó o contribuyó a la condición resultante o agravó significativamente una condición preexistente. La relación con el trabajo se presume para las lesiones y enfermedades resultantes de eventos o exposiciones ocurridas en el lugar de trabajo, a menos que aplique específicamente alguna excepción. Véase el 2 OSH 1904.3(b)(2) para las excepciones.

El ambiente de trabajo incluye el establecimiento y otros lugares donde uno o más empleados estén trabajando o estén presentes como una condición de empleo. Véase el 2 OSH 1904.3(b)(1).

¿Qué lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo usted debe registrar?

Registre aquellas lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo que resulten en:

- muerte,
- pérdida de conocimiento,
- días fuera del trabajo,
- tratamiento médico más allá de los primeros auxilios.
- trabajo Restringido o Transferencia a otro trabajo
- lesión o enfermedad significativa diagnosticada por un médico o profesional de la salud licenciado
- estar bajo tratamiento médico en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado

También, usted tiene que registrar las lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo que sean significativas (según definido abajo) o cumplan con cualquiera de los criterios adicionales listados mas adelante.

Además, tiene que registrar cualquier caso relacionado al trabajo que envuelva cáncer, una enfermedad crónica irreversible, un hueso roto o fracturado o un tímpano perforado. Véase el 2 OSH 1904.5.

¿Cuáles son los criterios adicionales?

Usted tiene que registrar las siguientes condiciones cuando estén relacionadas al trabajo:

- cualquier lesión por pinchazo de aguja o cortadura con un objeto afilado que esté contaminado con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos;

- cualquier caso, el cual requiera que el empleado sea removido por orden médica bajo los requisitos de una norma de salud de PR OSHA;
- infección de tuberculosis según evidenciada por una prueba de piel positiva o por el diagnóstico de un médico u otro profesional licenciado en el cuidado de la salud, después de una exposición a un caso conocido de tuberculosis activa.
- la prueba de audición de un empleado (audiograma) revela: (1) que el empleado ha experimentado un Cambio Significativo en el Valor Umbral de la Audición (STS, por sus siglas en inglés) **en uno o ambos oídos** (promediado a 2000, 3000 y 4000 hertz), y (2) el nivel de audición total del empleado es 25 decibeles (dB) o más sobre el cero audiométrico (también promediado a 2000, 3000 y 4000 Hz) en el mismo oído que el STS.

¿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 casos no son considerados tratamientos médicos y **NO** son registrables:

- visitas a un médico u otro profesional licenciado en el cuidado de la salud sólo para observación o consejo;
- procedimientos para diagnóstico, incluyendo la administración de medicamentos recetados usados sólo para propósitos de diagnóstico; y
- cualquier procedimiento que pueda ser clasificado como primeros auxilios.

¿Qué usted necesita hacer?

1. Dentro de los siete (7) días calendario después de usted haber recibido información sobre un caso, decida si el caso es registrable bajo los requisitos de mantenimiento de registros de PR OSHA.
2. Determine si el incidente es un caso nuevo o una recurrencia de uno ya existente.
3. Establezca si el caso está relacionado al trabajo.
4. Si el caso es registrable, llene la forma PR OSHA 301, Informe de Incidente de Lesión y Enfermedad o una forma equivalente. La forma equivalente tiene que proveer la misma información que la forma PR OSHA 301.

¿Cómo trabajar con el Registro?

1. Identifique al empleado involucrado a menos que sea un caso de respeto por la privacidad, según descrito adelante.
2. Identifique cuándo y dónde ocurrió el caso.
3. Describa el caso tan específicamente como usted pueda.
4. Clasifique la seriedad del caso registrando el resultado más serio asociado con el mismo, siendo la columna J (Otros casos registrables) lo menos serio y la columna G (Muerte) lo más serio.
5. Identifique si el caso es una lesión o enfermedad. Si el caso es una lesión, marque **en** la categoría de lesión. Si el caso es una enfermedad, marque **en** la categoría de enfermedad apropiada.

<p>¿Qué son los primeros auxilios?</p> <p>Si el incidente sólo requirió los siguientes tipos de tratamiento, considérela primera ayuda y NO lo registre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uso de medicamentos sin receta a una potencia que no requieran receta; • administrar vacunas de tétano; • limpiar, lavar o remojar heridas en la superficie de la piel; • usar materiales para cubrir heridas, tales como: vendajes, BandAids™ (curitas), almohadillas de gaza, etc. o usar vendajes SteriteStrips™ o puntos de mariposa; • uso de terapia fría o caliente; • uso de cualquier medio de soporte no rígido, tal como vendajes elásticos, mantas, correas no rígidas para la espalda; • uso de dispositivos de inmovilización temporera mientras se transporta a la víctima de accidente (tablillas, cabestrillos, collarines o tablas para la espalda); • perforado de una uña de la mano o del pie para aliviar la presión o drenar fluidos de ampollas; • uso de parchos 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. <p>¿Cómo usted decide si el caso envuelve trabajo restringido?</p> <p>La actividad de trabajo restringido ocurre cuando, como resultado de una lesión o enfermedad ocupacional, un patrono o profesional del cuidado de la salud mantiene o</p>	<p>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 estaba proyectado a trabajar antes de que ocurriera la lesión o enfermedad.</p> <p>¿Cómo usted cuenta el número de días de actividad de trabajo restringido o el número de días fuera del trabajo?</p> <p>Cuenta 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 el cual ocurrió la lesión o enfermedad. Comience a contar los días a partir del día después de que ocurrió el incidente. Si una sola lesión o enfermedad involucra 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 el total de cada uno o la combinación de ambos alcance 180 días.</p> <p>¿Bajo qué circunstancias usted no debe registrar el nombre del empleado en la forma PR OSHA 300?</p> <p>Usted tiene que considerar los siguientes tipos de lesiones o enfermedades como casos de respeto por la privacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una lesión o enfermedad en una parte íntima del cuerpo o sistema reproductor, • una lesión o enfermedad resultante de una agresión 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 2 OSH 1904.6 para definición), y • otras enfermedades, si el empleado independiente y voluntariamente solicita que su nombre no sea incluido en el registro. <p>Usted no tiene que anotar el nombre del empleado en el Registro PR OSHA 300 para estos casos. En su lugar, escriba "caso reservado" en el espacio normalmente usado para el nombre del empleado. Usted tiene que mantener una lista separada y confidencial de los números de los casos y los nombres de los empleados de los casos de</p>	<p>la privacidad del establecimiento, de modo que pueda actualizar los casos y proveer información al gobierno cuando la requiera.</p> <p>Si usted tiene una base razonable para creer que la información que describe el caso de respeto por la privacidad puede identificar a la persona aunque el nombre del empleado haya sido omitido, puede usar discreción al describir la lesión o enfermedad en las formas PR OSHA 300 y 301. 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.</p> <p>¿Qué pasa si el resultado cambia después de registrarse el caso?</p> <p>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. Haga entonces una entrada nueva donde sea pertinente. Recuerde, usted necesita registrar el resultado más serio de cada caso.</p> <p>Clasificación de lesiones</p> <p>Una lesión es una herida o daño al cuerpo que resulte de un evento en el ambiente de trabajo.</p> <p>EJEMPLOS: Corte, pinchazo, laceración, abrasión, fractura, magulladura, contusión, diente partido, amputación, picadura de insecto, electrocución o quemadura térmica, química, eléctrica o radiactiva. Las lesiones de torcedura o esguince a los músculos, coyunturas y tejido conectivo están clasificadas como lesiones cuando resulten de un resbalón, tropezón, caída u otros accidentes similares.</p> <p>CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES</p> <p>Enfermedades o desórdenes de la piel</p> <p>Las enfermedades o desórdenes de la piel son enfermedades que envuelven la piel del empleado, las cuales son causadas por exposición a químicos, plantas u otras sustancias en el lugar de trabajo.</p> <p>EJEMPLOS: Dermatitis de contacto, eccema o erupción causados por irritantes primarios y sensibilizadores o plantas venenosas; acné, ampollas por fricción, úlceras por cromo; inflamación de la piel.</p>	<p>Condiciones respiratorias</p> <p>Las condiciones respiratorias son enfermedades asociadas con la respiración de agentes biológicos, químicos, polvos, gases, vapores o emanaciones peligrosos en el trabajo.</p> <p>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), pneumonitis de hipersensitividad, lesión por inhalación tóxica, tal como fiebre por emanaciones metálicas, bronquitis obstructiva crónica y otras pneumoconiosis.</p> <p>Envenenamiento</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Pérdida de Audición</p> <p>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 dB o más en cualquier oído a 2000, 3000 y 4000 hertz, y el nivel de audición total del empleado es 25 dB o más sobre el cero audiométrico (también promediado en 2000, 3000 y 4000 hertz) en el (los) mismo(s) oído(s).</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Todas las otras enfermedades ocupacionales

EJEMPLOS: Ataques cardíacos, golpes de calor, agotamiento por calor y otros efectos del calor ambiental; congelación y 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 hematopatógenicas, tales como SIDA, VIH, hepatitis B o hepatitis C; brucelosis; tumores benignos o malignos: histoplasmosis, coccidiodomicosis.

¿Se tiene que completar las Formas PR OSHA 300 y 300 A aun cuando no tenga incidentes registrables?

Si, al comienzo del próximo año (enero), usted tiene que completar la forma PROSHA 300 sin entradas y totalizada a cero y la forma PROSHA 300A totalizada a cero, con la cantidad de empleados, total de horas trabajadas por todos los empleados y certificada por el ejecutivo de la compañía.

¿Cuándo usted tiene que fijar el Resumen?

Usted tiene que fijar el *Resumen* solamente - no el Registro - desde el 1 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 Resumen en archivo?

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

¿Tiene que enviar estas formas a PR OSHA al finalizar cada año?

No. Usted no tiene que enviar las formas cumplimentadas a PR OSHA, a menos que se le requiera hacerlo.

SI USTED NECESITA AYUDA ...

Puede llamar o visitar nuestra Oficina Central o la Oficina de Área más cercana a su establecimiento. (Véase el Directorio)

Secretario Auxiliar

Director del Negociado de Inspecciones

Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de Puerto Rico (PR OSHA)
Ave. Muñoz Rivera #505, Hato Rey, Puerto Rico 00918

PO Box. 195540, San Juan, Puerto Rico 00919-5540

Tels.: (787) 754-2172
Fax (787) 282-7975 / (787) 767-6051

OFICINAS DE ÁREA DE PR OSHA

ARECIBO

Tel. 787-878-0715 / 787-879-4633
Fax 787-878-1147

CAGUAS

Tel. 787-746-7970 / 787-743-5344
Fax 787-258-1737

CAROLINA

Tel. 787-768-2800 / 787-768-2937
Fax 787-750-4515

SAN JUAN

Tel. 787-754-9416 / 754-9420 / 754-6207
Fax 787-764-1427

PONCE

Tel. 787-842-9060 / 787-840-4420
Fax 787-259-7701

MAYAGUEZ

Tel. 787-832-4593 / 787-833-2018
Fax 787-832-5650

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 firma durante el período de tiempo o para comparar la experiencia de su firma con la de toda su industria, necesita calcular su índice de incidencia. Debido a que está envuelto un número específico de trabajadores y un período de tiempo específico, estos índices pueden ayudarle a identificar los problemas de su lugar de trabajo y el progreso que pueda haber hecho en prevenir lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo.

¿Cómo usted calcula el índice de incidencia?

Usted puede calcular rápida y fácilmente el índice de incidencia de las lesiones y enfermedades ocupacionales en su compañía para todos los casos registrables o para los casos que envuelvan días fuera del trabajo. La fórmula requiere que 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 para ambos índices, 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 forma PR OSHA 300 o refiérase a la forma PR 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, cuente el número de entradas en su forma PR OSHA 300 que recibieran una marca de cotejo en la columna (H), o refiérase a la entrada en la columna (H) en la forma PR OSHA 300A.

(c) El número de horas que todos los empleados actualmente trabajaron durante el año. Refiérase a la forma PR 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) 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 podrían trabajar 100 empleados, si 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 restringida o de transferencia de trabajo (DART, por sus siglas en inglés) usando la siguiente fórmula:

Número de lesiones en la columna H + Número de entradas en la columna I) 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 restringida (columna (I) en la forma 300A), casos que envuelvan desórdenes de la piel (columna (M-2) en la forma 300A), etc. Sólo substituya el total apropiado para estos casos de la forma 300A a la fórmula en lugar del número total de lesiones y enfermedades.

¿Con qué puedo comparar mi índice de incidencia?

El Negociado de Estadísticas del Trabajo (BLS, por sus siglas en inglés) conduce un estudio de lesiones y enfermedades ocupacionales anualmente y publica los datos sobre los índices de incidencia por varias clasificaciones (por ejemplo, por industria; por tamaño de patrono, etc.).

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 una marca de cotejo en la columna H o I

÷

X 200,000 =

Índice de incidencia DART

Horas trabajadas por todos sus empleados

¿Cómo llenar el Registro?

¿Cómo llenar el Registro?


El Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales se usa para clasificar las lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo y para señalar la extensión y severidad de cada caso. Cuando ocurre un incidente, use el Registro para anotar 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 localización física que se espere permanezca en operación por un año o más.

Usted recibirá varias copias del Registro en este manual. Si usted necesita más, puede fotocopiarlas y usar tantas como necesite.

El Resumen - una forma separada - muestra los totales de las lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo para el año en cada categoría. Al final del año, cuente el número de incidentes en cada categoría y transfiera los totales del Registro al Resumen. Luego fije el Resumen 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 fijar el Registro. Fije sólo el Resumen.



Forma PR 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 éstos al máximo que sea posible, mientras la información sea usada para propósitos de seguridad y salud ocupacional.

Año 20 _____

Departamento del Trabajo y Recursos Humanos
Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de Puerto Rico

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 2 OSH 1904.6 al 1904.10. Siéntase en libertad de usar dos líneas para un solo caso, si necesita hacerlo. Debe completar un Informe de Incidencia de Lesión y Enfermedad (Forma PR OSHA 301), o forma equivalente para cada lesión o enfermedad registrada en esta hoja. Si no está seguro de si un caso es registrable, llame a la oficina local de PR OSHA que le corresponda para obtener ayuda.

Identifique la Persona			Describe el Caso			Usando estas cuatro categorías, marque SÓLO El resultado más serio para cada caso:				Entrez el número de días que el empleado estuvo lesionado o enfermo:		Clasifique el Caso							
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	El resultado más serio para cada caso:						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)	Describe 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		Marque la columna de Lesión o seleccione un tipo de enfermedad					
								Transferencia o Restricción de Trabajo	Otros casos Registrables					Lesión	Desórdenes de la Piel	Condiciones Respiratorias	Envenenamiento	Pérdida de la Audición	Todo otro Enfermedad
						(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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						