

Este formulario le ayudará a registrar sus notas acerca de un incidente o enfermedad de pesticidas. La información puede ayudar a los investigadores a averiguar qué ocurrió.

INFORMACIÓN GENERAL

No es necesario que proporcione información personal si no quiere. Usted puede presentar una queja sin dar su nombre o el nombre de alguien más.

Su nombre _____

Su dirección _____

¿Quiere que le enviemos por correo una copia del informe del incidente? Sí No

Su número de teléfono _____

Nombres de otros testigos (si sabe) _____

DESCRIBA LO QUE SUCEDIÓ

Lugar donde ocurrió el incidente (por favor escriba la dirección o la ubicación general) _____

La fecha y hora del incidente _____

Ocurrió: Adentro Al aire libre

Si ocurrió adentro, fue en:

La casa La escuela El trabajo Otro (especifique) _____

Si ocurrió al aire libre, fue en:

Su patio trasero Su calle Un parque

Su patio delantero El patio de la escuela Una carretera

Un campo agrícola Otro lugar _____

¿A qué distancia estaba usted? _____

¿Qué vió? Describa lo que pasó. *Por ejemplo, ¿Vió usted una aplicación de pesticidas cerca? ¿Hubo un derrame o una fuga? ¿Estaba rociándose el pesticida? ¿Mezclándose? ¿Transportándose?* _____

Si lo vió, describa el equipo que se utilizó para aplicar el pesticida.

- Un tractor. ¿El tractor estaba rociando hacia arriba o hacia abajo? Arriba Abajo
- Un rociador de mano o tipo mochila Un helicóptero Un avión
- Otro _____

Use este espacio para escribir notas sobre el color, número de licencia, u otras marcas en el equipo utilizado para la aplicación del pesticida: _____

¿Vio algún polvo o partículas? Sí No

Describe el clima:

Viento

- Calmado
- Brisa ligera
- Viento mediano
- Fuertes vientos
- Ráfagas de viento

La dirección del viento de:

- Norte
- Sur
- Este
- Oeste
- Desde la dirección de esta marca: _____

Cielo

- Despejado
- Nublado
- Neblina
- Lluvia/lloviznas

Si usted sabe, ¿Cuál era el nombre del pesticida? _____

Si usted conoce el nombre de la compañía, empresa de servicio, o agencia de gobierno haciendo la aplicación (por ejemplo, si usted vió su camión), escríbalo aquí: _____

¿CUÁLES FUERON LOS EFECTOS?

¿Usted olió o saboreó algo raro? Si es así, descríballo lo mejor que pueda? *Trate de asociar el olor con algo familiar, como huevos podridos, químicos dulces o agrios, de ajo, o cloro. Algunas otras descripciones son aceitosos, metálico, agudo, quemado, ligero o pesado.*

¿Usted sintió algo en su piel, ojos, o ropa? Sí No

¿Inhaló el humo? Sí No

¿Comió alimentos contaminados? Sí No En caso afirmativo, ¿qué fue? _____

¿Alguien se lesionó? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo comenzaron a sentirse enfermos? _____

Nombre de la persona lesionada, o el tipo de animal o planta que fueron dañados. _____

(Si usted no quiere, no tiene que proveer los nombres u otra información personal.)

Dirección de la persona lesionada _____

(Si usted conoce los nombres de otras personas que resultaron lesionadas, puede escribirlos abajo.)

¿Cuáles eran sus síntomas? ¿Qué parte del cuerpo se vio afectada? ¿Cuánto tiempo duraron los síntomas?

¿La persona lesionada fue al médico o al hospital? En caso afirmativo, por favor escriba el nombre del médico o del hospital, y el número de teléfono si lo tiene. _____