



Oficina Del
Comisionador de Agricultura
P.O. Box 4080
Riverside, CA 92502-4080
Telefono 951-955-3000
Fax 951-955-3047

**SI USTED FUE EXPUESTO A UN
PESTICIDA, POR FAVOR DE
LLAMAR AL 911**

INCIDENTE DEL PESTICIDA O QUEJA DE LA ENFERMEDAD

Fecha/Hora: _____ Recibido por: _____ # De Queja: _____
(Par Uso De Oficina)

Querellante (Puede ser Anomino)

Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Codigo: _____
Telefono: Trabajo Casa Celular Email: _____

Queja/Informacion del Incidente:

Fecha/Tiempo: _____ Ubicacion: _____

Descripción de lo que paso:

Donde fue: Adentro Afuera

Si fue adentro, donde fue: En Casa En la Escuela En el Trabajo
 Otro Lugar (especifico) _____

Si fue afuera, donde fue: En su Yarda En su Calle A lo largo de la Carretera En el Parque
 En un patio de la Escuela En un campo Agricola
 Otro lugar (especifico) _____

Que tan lejos estabas? _____
Que viste? Describe lo que paso. Por ejemplo, viste una aplicación de pesticida cerca? Hubo un derrame o una fuga? Fue rociado el pesticida? O mesclado? O transportado?

Si usted lo vio, describa el equipo que fue usado para aplicar el pesticida

Un tractor. Como fue el rociado del tractor? Hacia Arriba Hacia Abajo
 Un rociador de mano o una mochila Un helicóptero Otra forma _____

Vio polvo o otra forma de material? Si No

Describe el clima:

Viento:

Sin Viento
 Brisa Ligera
 Viento Mediano
 Viento Fuerte
 Rafagas de Viento

Dirección del Viento del:

Norte
 Sur
 Este
 Oeste
 Desde esta dirección/hito: _____

Cielos:

Claro
 Nublado
 Niebla
 Lloviendo/Briza

Cuales fueron los efectos?

Olio o probo algo extraño? Si es asi, descríbalo lo mejor que pueda. Trate de asociar el olor con algo familiar, como huevos podridos, el producto quimico dulce o amargo, ajo, clorina, etc.

Sentiste algo en tu piel, ojos o ropa? No Si

Respiraste los humos? No Si

Alguien resulto herido? No Si

Si asi es, cuando empezaron a sentirse enfermos?

Que fueron sus síntomas?

Que parte del cuerpo fue afectado?

Cuanto tiempo duraron los síntomas?

La persona(s) lesionada fue al medico o hospital? Si asi fue, favor de dar el nombre del doctor o hospital, numero de teléfono y dirección, si usted lo tiene.
