



Las instrucciones siguientes se aplican solo para ***empleados de UO*** y ***empleados estudiantes***.

1. Determine primero si se ha producido realmente una exposición a patógenos transmitidos por la sangre. Un **Incidente de Exposición** es un contacto específico de los ojos, boca, otras membranas mucosas, piel lesionada o parenteral (perforación cutánea) con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos que resulta del desempeño de los deberes de un empleado.

“**OPIM, por sus siglas en inglés**” incluyen los siguientes fluidos del cuerpo humano: semen, secreciones vaginales, líquido cerebroespinal, líquido sinovial, líquido pleural, líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido amniótico, saliva durante *procedimientos dentales*, cualquier fluido corporal que este visiblemente contaminado con sangre y todos los fluidos corporales en situaciones donde es difícil o imposible diferenciar entre fluidos corporales. Los siguientes fluidos no son considerados OPIM: orina, heces, vómito y saliva fuera de los procedimientos dentales.

Si usted no está seguro, consulte a la oficina de Salud y Seguridad Ambiental (EHS por sus siglas en inglés) al teléfono 541-346-3192. Si aún no está claro, maneje el incidente como una exposición hasta que se descubra que no es por medio de una evaluación médica.

2. Obtenga el **Paquete de Post-Exposición a Patógenos Transmitidos por la Sangre**, está disponible en forma impresa en sobre de color ROJO o en línea: <http://ehs.uoregon.edu/bloodborne-pathogens>. Complete los siguientes formularios. Si un supervisor no está disponible para firmar los formularios, proceda a su evaluación médica y luego puede obtener la firma del supervisor.
 - *Formulario Post-Exposición a PTS (llenar sólo la primera página)*
 - [Informe de Lesiones en el Lugar de Trabajo](#)
 - [Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores \(SAIF 801\)](#)
3. Si la identidad de la fuente de sangre de la exposición es conocida y está disponible, por favor pregunte si esa persona estaría dispuesta a la toma de sangre y hacerse la prueba de VIH y hepatitis B. Si la fuente está de acuerdo, solicite a la fuente ir a un profesional de salud para las pruebas de sangre. **NO COACCIONE A LA FUENTE DE NINGUNA MANERA PARA CONSENTIR LA PRUEBA. LAS FUENTES INDIVIDUALES NO TIENEN CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS.**
4. Inmediatamente o tan pronto como sea posible, el empleado expuesto deber ser visto por un médico/profesional de la salud. Dirijase a la clínica de medicina ocupacional más cercana o clínica de emergencia. Los empleados estudiantiles también pueden presentarse en el Centro de salud de la Universidad.
5. Transporte: si el empleado no puede transportarse por sí mismo o no tiene transporte privado a un centro médico, comuníquese con el Departamento de Policía de UO al (541) 346-2919 para solicitar asistencia con el transporte. **Todos los formularios deben ir con el empleado al médico. El profesional de la salud debe completar la página 2 del formulario BBP Post Exposición.**
6. Después de completar los formularios, envíelos a:

Servicios de Seguridad y Riesgos
workinjury@uoregon.edu
Fax: 541-346-7008
1260 University of Oregon, Eugene, OR 97403-1260

Referencias:

Plan de Control de Exposición de la Universidad de Oregon: <http://ehs.uoregon.edu/bloodborne-pathogens>

Oregon OAR 437, Div. 2, Sub. Z: http://www.cbs.state.or.us/external/oshapdf/rules/division_2/div2z-1030-bloodborne.pdf

UNIVERSIDAD DE OREGON

INFORME DE LESIONES EN EL LUGAR DE TRABAJO

Servicios de Seguridad y Riesgos
1260 Universidad de Oregon
1715 Franklin Blvd., Suite 2A

Teléfono: 541-346-3192
Fax: 541-346-7008
workinjury@uoregon.edu

Instrucciones: Debe ser completado por el empleado con un miembro principal del personal, supervisor o gerente **DENTRO DE 24 HORAS** desde cuando el empleado informa una lesión, enfermedad o cuasi accidente laboral. Complete **TODAS LAS SECCIONES**, no deje ningún espacio en blanco

Departamento _____ Fecha de Informe _____

Fecha del Incidente _____ Hora del Incidente _____ a.m. or p.m.

Información del Empleado:	
Nombre del Empleado _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Apellido(s) Nombre Inicial </div>	
# de Empleado _____ Fecha de Nacimiento _____ Título del Puesto _____	
Categoría de Empleado <input type="checkbox"/> Regular, Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal UO <input type="checkbox"/> Estudiante Trabajador Completo <input type="checkbox"/> Regular, Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Agencia Temporal <input type="checkbox"/> Voluntario	
Días Laborales <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D Horas Laborales _____	
Información de Lesiones:	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Naturaleza de Lesión(es)</div> <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Inflamación/irritación <input type="checkbox"/> Moretón <input type="checkbox"/> Arañazos/abrasiones <input type="checkbox"/> Cortada <input type="checkbox"/> Torcedura/desgarro <input type="checkbox"/> No lesión <input type="checkbox"/> Otros _____ Parte del Cuerpo Afectado _____ <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Ambos	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Causa de lesión(es)</div> <input type="checkbox"/> Quemado por: _____ <input type="checkbox"/> Cortado por: _____ <input type="checkbox"/> Contactado con: _____ <input type="checkbox"/> Atrapado por: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <u>Caida/Resbalón/Tropezo</u> <u>Torcedura/Desgarro</u> <input type="checkbox"/> <u>Otros</u> </div> <input type="checkbox"/> Diferente nivel <input type="checkbox"/> Levantando _____ <input type="checkbox"/> Mismo nivel <input type="checkbox"/> Agachando/cuclillas _____ <input type="checkbox"/> Condición del piso <input type="checkbox"/> Agarrando/llevando _____ <input type="checkbox"/> Condición del tiempo <input type="checkbox"/> Empujando/jalando _____ <input type="checkbox"/> Objeto sobre <input type="checkbox"/> Alcanzando _____ <input type="checkbox"/> En la cerra <input type="checkbox"/> Movimiento repetitivo _____ <input type="checkbox"/> En la escaleras <input type="checkbox"/> Escalera _____ <input type="checkbox"/> Calzado <input type="checkbox"/> Girando/vuelta _____ <input type="checkbox"/> Apresurado(a) <input type="checkbox"/> Caminando _____
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Treatmento</div> <input type="checkbox"/> Recibí primeros auxilios <input type="checkbox"/> Buscará tratamiento médico <input type="checkbox"/> Recibí tratamiento médico (para presentar un reclamo de compensación para trabajadores complete el formulario 801) <input type="checkbox"/> Transporte al Hospital * <input type="checkbox"/> Fatalidad* <input type="checkbox"/> No tratamiento <input type="checkbox"/> Otros _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Sangre**</div> ¿Hubo sangre presente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿estuvo alguien expuesto a la sangre <input type="checkbox"/> Si** <input type="checkbox"/> No **Si un empleado estuvo expuesto a la sangre o fluidos corporales de otra persona, consulte los procedimientos de exposición en safety.uoregon.edu/bloodborne-pathogens
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Situación Laboral</div> <input type="checkbox"/> Se fue temprano <input type="checkbox"/> Faltó días de trabajo, fechas: _____ <input type="checkbox"/> No faltó al trabajo	
*Si la fatalidad o el transporte del hospital, llame a Servicios de Seguridad y Riesgos inmediatamente al 541-346-3192.	

Detalles del Incidente:				
Sitio Específico del Incidente (i.e. edificio, habitación, etc.)				
Tarea/Actividad en el momento del incidente				
Testigo(s) (Nombre e Información de Contacto)				
Describir el Incidente Listar la secuencia de eventos. ¿Qué pasó y por qué? _____ _____ _____ _____				
Causas Profundas:				
Identificar factores que pueden haber contribuido o causado incidentes (marque todos los que apliquen):				
<u>Administración</u>		<u>Ambiente</u>		
<input type="checkbox"/> Los procedimientos de seguridad deben revisarse <input type="checkbox"/> Formación necesaria		<input type="checkbox"/> Condiciones constructivas <input type="checkbox"/> Productos químicos <input type="checkbox"/> Iluminación		<input type="checkbox"/> Clima <input type="checkbox"/> Causada por una tercera entidad, nombre: _____ _____
<u>Empleado:</u>		<u>Equipo</u>		
<input type="checkbox"/> Fuerza excesiva (inicio repentino) <input type="checkbox"/> Esfuerzo excesivo (con el tiempo) <input type="checkbox"/> Movimiento repetitivo <input type="checkbox"/> Corriendo <input type="checkbox"/> Postura incómoda <input type="checkbox"/> No vigilando la tarea <input type="checkbox"/> No mente fija en la tarea <input type="checkbox"/> Equilibrio o tracción <input type="checkbox"/> Agarre <input type="checkbox"/> Se necesitó asistencia con la tarea		<input type="checkbox"/> Uso incorrecto <input type="checkbox"/> Herramienta apropiada no disponible o no usada <input type="checkbox"/> El PPE necesita ser revisado <input type="checkbox"/> Herramienta/equipo en necesidad de reparación, describir: _____ _____ _____		
		<u>Otros/Explicar:</u> _____ _____ _____		
Recomendaciones:				
¿Qué se puede hacer para evitar que este incidente suceda de nuevo? Explicar: _____ _____				
¿Quién va a seguir? _____ Fecha para completar: _____				
Firmes: Al firmar lo siguiente, certifico que esta información es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento.				
Empleado trabajador principal/ director	Nombre Completo	Firma	Fecha	Teléfono

Devuelva este formulario a servicios de seguridad y riesgo dentro de las 24 horas del aviso de incidente

FAX: 541-346-7008 o correo electrónico workinjury@uoregon.edu

Para uso del cliente de SAIF

Área _____

Dept. _____

Turno _____ CC _____

N° DE RECLAMACIÓN _____

FECHA DEL ASUNTO _____

CLASE _____

FECHA ESTABLECIDA _____

N° DE CUENTA DEL EMPLEADOR _____

Reporte de lesión o enfermedad en el trabajo

Reclamación de compensación para trabajadores

Trabajador

Para presentar un reclamo por una lesión o enfermedad ocupacional, complete la parte de este formulario que corresponde al trabajador y entrégueselo a su empleador. **Si no tiene previsto presentar una reclamación de compensación para trabajadores en SAIF Corporation, no firme en la línea de la firma.** Su empleador le entregará una copia.

1. Fecha de la lesión o enfermedad:		2. Fecha en que dejó de trabajar:		3. Hora en que comenzó a trabajar el día de la lesión: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		4. Días que regularmente no trabaja: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L M M J V S D		DEPT USE:			
5. Hora de la lesión o enfermedad: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		6. Hora en que dejó de trabajar: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		7. Turno que cumplía el día de la lesión: (desde <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. hasta <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.)				Emp Ins Occ Nat Part Ev Src 2src			
8. ¿Cuál es su enfermedad o lesión? ¿Qué parte del cuerpo? ¿Qué lado? (Ejemplo: esguince del pie derecho) <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha								9. Marque aquí si tiene más de un empleo: <input type="checkbox"/>			
10. ¿Cuál fue la causa? ¿Qué estaba haciendo? Incluya vehículo, maquinaria o herramienta utilizados. (Ejemplo: caí desde 10 pies al subir por una escalera de extensión llevando una caja de 40 libras con materiales para techar)											
Información ARRIBA de esta línea: la fecha de muerte, en caso de que haya habido muerte; y el número de expediente de OSHA deben proporcionarse a un representante autorizado del trabajador si lo solicita.											
11. Su nombre legal:				12. Idioma de preferencia del trabajador que no sea inglés: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especificar):				13. Fecha de nacimiento:		14. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
15. Su correo: Domicilio			Ciudad			Estado		Código Postal		16. Teléfono residencial:	
17. N° de Seguro Social (ver atrás*):				18. Ocupación:				19. Teléfono del trabajo:			
20. Nombres de testigos:											
21. Nombre y número de teléfono de la compañía de seguro de salud:					22. Nombre y domicilio del proveedor de atención de la salud que atendió la lesión o enfermedad que usted está informando:						
23. ¿Se lesionó esta parte del cuerpo anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
24. ¿Fue hospitalizado con estadía nocturna como paciente interno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
25. ¿Recibió tratamiento en la sala de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
26. Con mi firma , realizo una reclamación de beneficios de compensación para trabajadores. La información antes citada es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo a los proveedores de atención de la salud y otros custodios de registros de reclamación a divulgar los registros médicos pertinentes a la aseguradora de compensación para trabajadores, empleador auto-asegurado, administrador de reclamaciones y Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios de Oregon. Aviso: Los registros médicos pertinentes incluyen los registros de tratamiento anterior por las mismas condiciones o lesiones en la misma área del cuerpo. No se requiere autorización de la HIPAA (45 CFR 164.512(l)). La divulgación de registros de VIH/SIDA, determinados registros de tratamientos de drogas y alcohol y otros registros protegidos por las leyes estatales y federales requieren autorización por separado.											
27. Firma del trabajador:				28. Completado por (escribir con letra de molde):				29. Fecha:			

Empleador

Completar el resto de este formulario y entregar una copia del formulario al trabajador. Notificar a SAIF Corporation dentro de los cinco días de la reclamación. Aun si el trabajador no desea presentar una reclamación, conservar una copia de este formulario.

30. Nombre comercial legal del empleador: University of Oregon		31. Teléfono: (541) 346-2907		32. FEIN: 464727800	
33. Si es una compañía de recursos humanos, indicar el nombre comercial del cliente:				34. FEIN del cliente:	
35. Domicilio comercial principal (no P.O. Box): 1715 Franklin Blvd., Suite 2A, Eugene OR 97403				36. N° de póliza de seguro: 854636	
37. Dirección donde el trabajador es/era supervisado: CÓDIGO POSTAL:				38. Tipo de negocio en donde el trabajador es/era supervisado: Education	
39. Domicilio donde ocurrió el hecho:				41. Código de clase:	
40. ¿La lesión fue causada por una falla de una máquina o producto o por otra persona que no es el trabajador lesionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		42. ¿Se lesionaron otros trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		43. ¿La lesión ocurrió durante el transcurso y alcance del trabajo? <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
44. N° de expediente de OSHA 300:		45. Fecha en que el empleador se enteró de la reclamación:			
46. Salario semanal del trabajador: \$		47. Fecha de contratación del trabajador:		48. Si fue fatal, fecha de la muerte	
49. Condición de regreso al trabajo: No regresó <input type="checkbox"/> Fecha regular <input type="checkbox"/> Fecha de modificación <input type="checkbox"/>				50. Si regresó a trabajo modificado, ¿es dentro del horario y salario regulares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
51. Firma del empleador:		52. Nombre y título (escribir con letra de molde):			
				53. Fecha:	

Guía para trabajadores lesionados recientemente en el trabajo

SAIF Corporation proporciona la siguiente información a solicitud de la División de Compensación para Trabajadores

saifcorporation

400 High St. SE, Salem, OR 97312

¿Cómo presento una reclamación?

- Notifique lo antes posible a su empleador y al proveedor de atención de la salud de su elección, acerca de la lesión o enfermedad relacionada con el empleo. Su empleador no puede elegir a su proveedor de atención de la salud.
- Solicite a su empleador el nombre de su aseguradora de compensación para trabajadores.
- Complete el **Formulario 801, “Reporte de lesión o enfermedad en el trabajo,”** disponible a través de su empleador y el **Formulario 827, “Informe del trabajador y del médico para reclamaciones de compensación de trabajadores,”** disponible a través de su proveedor de atención de la salud.

¿Cómo recibo tratamiento médico?

- Puede recibir tratamiento médico a través del proveedor de atención de la salud **de su elección**, incluyendo:
 - Enfermeros profesionales autorizados
 - Quiroprácticos
 - Doctores en medicina
 - Naturópatas
 - Cirujanos orales
 - Doctores osteópatas
 - Auxiliares médicos
 - Podiatras
 - Otros proveedores de atención de la salud
- La compañía aseguradora puede inscribirlo en una organización para administración del cuidado médico en cualquier momento. De hacerlo, usted recibirá información acerca de sus opciones de tratamiento médico.

¿Existen limitaciones para mi tratamiento médico?

- **Los proveedores de atención de la salud pueden limitar la duración del tratamiento y la autorización de pago durante el tiempo que se ausente del trabajo.** Consulte con su proveedor de atención de la salud acerca de cualquier limitación que pudiera aplicarse.
- **Si su reclamación se deniega, es posible que tenga que pagar por su tratamiento médico.**

Si no puedo trabajar, ¿recibiré pagos por los salarios perdidos?

- Es posible que no pueda trabajar debido a su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Para recibir pagos por el tiempo de ausencia al trabajo, su proveedor de atención de la salud debe enviar una autorización por escrito a la aseguradora.
- Por lo general, no se le pagarán los tres primeros días calendario de ausencia al trabajo.
- Es posible que le paguen los salarios perdidos los tres primeros días calendario si se ausenta del trabajo por 14 días consecutivos o si es hospitalizado con estadía nocturna.
- Si se deniega su reclamación dentro de los 14 primeros días, no se le pagarán los salarios perdidos.
- Mantenga a su empleador informado acerca de lo que suceda y coopere esforzándose por regresar al trabajo realizando tareas modificadas o trabajo liviano.

¿Qué sucede si tengo preguntas sobre mi reclamación?

- SAIF Corporation o su empleador deberían poder responder sus preguntas. Llame a SAIF Corporation al 800.285.8525.
- Si tiene preguntas, inquietudes o quejas, también puede llamar a cualquiera de los siguientes números:

Ombudsman para Trabajadores Lesionados:

Un defensor para trabajadores lesionados

Llamada sin cargo: 800.927.1271

Correo electrónico: oiw.questions@state.or.us

Sección de Cumplimiento de Compensación para Trabajadores

Llamada sin cargo: 800.452.0288

Correo electrónico: workcomp.questions@state.or.us

* **¿Debo proporcionar mi número de Seguro Social (SSN) en los Formularios 801 y 827? ¿Para qué se utilizará?**

No es necesario que tenga un SSN para recibir beneficios de compensación para trabajadores. Si tiene un SSN, y no lo proporciona, la División de Compensación para Trabajadores (WCD) del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios de Oregon lo obtendrá a través de su empleador, la aseguradora de compensación para trabajadores u otras fuentes. WCD puede utilizar su SSN para: evaluación de la calidad, correcta identificación y procesamiento de reclamaciones, cumplimiento, investigación, administración del programa para trabajadores lesionados, cruzar datos con otras agencias estatales para evaluar la efectividad del programa WCD, actividades de prevención de lesiones y para proporcionarlo a las agencias federales en el programa Medicare para utilizarlo según lo requieran las leyes federales. Las siguientes leyes autorizan a WCD a utilizar su SSN: Ley de Privacidad de 1974, 5 USC § 552a, Sección (7)(a)(2)(B); Estatutos Modificados de Oregon capítulo 656; y Reglamentos Administrativos de Oregon capítulo 436 (Orden Administrativa N°4-1967 de la Junta Directiva de Compensación para Trabajadores).



Si estuvo expuesto a sangre de otra persona u otro material potencialmente infeccioso (OPIM por sus siglas en ingles), por favor complete la página 1 de este formulario y entréguelo al profesional de la salud para completar la página 2. **Todos los espacios en blanco deben estar completos.**

Nombre: _____ # de Seguro Social (requerido)¹: _____

Fecha de la exposicion: _____ UO Departamento: _____

Por favor describa sus actividades laborales que estaba realizando cuando ocurrió la exposición:²

Por favor describa cómo ocurrió la exposición:³

Indique el tipo de exposición:³ Punción de aguja cortada/herida chapoteo al ojo/membrana mucosa
chapoteo no directamente a la piel otros (por favor describa): _____

Indique el tipo y la marca del dispositivo involucrado en el incidente: _____

¿Ha sido vacunado contra la Hepatitis B (HBV)?⁵ Si No No se
Si la respuesta es si, ¿fué la serie de vacunas completada? Si No No se
Si la respuesta es si, por favor proporcione la(s) fecha(s) de la vacunación (si la conoce):

De acuerdo a las leyes de Oregon, usted tiene derecho a una evaluación médica confidencial. En ese momento, usted puede dar su consentimiento para la recolección de sangre de referencia sin dar autorización para la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La muestra de sangre se conservará por lo menos 90 días, durante los cuales usted puede optar que la muestra de sangre de referencia se analice para detectar el VIH.⁶

¿Acepta la recolección de sangre de referencia? Si No ¿Acepta la prueba de VIH? Si No

¿Conoce la identidad de la(s) persona(s) a cuya sangre / fluido corporal estuvo expuesto? Si No
En caso afirmativo, solicite a la persona que es la fuente de la sangre / fluidos corporales que consulte a un médico para la prueba de patógenos de sangre⁶ y brinde la siguiente información:

Nombre de la(s) persona(s):⁷ _____

Informacion de contacto de la persona: _____

¿Está dispuesta esta persona a hacerse la prueba de VIH, VHB u otros patógenos transmitidos por la sangre?⁷
Sí No No pregunté

Si no le preguntó, por favor indique la razón: _____

¿Sabe si esta persona está infectada con VIH / VHB?⁸ Si No No pregunté

Firma de la persona expuesta

Firma del Supervisor

Health Care Professional's Written Opinion

PARA SER COMPLETADO MEDIANTE EVALUACIÓN DE PROFESIONAL MÉDICO (TO BE COMPLETED BY EVALUATING MEDICAL PROFESSIONAL)

1. ¿Está indicada una vacunación contra la hepatitis B para la persona potencialmente expuesta?^{9?} Si No
(Is a hepatitis B vaccination indicated for the potentially exposed person^{9?})
2. ¿Ha recibido esta vacuna la persona potencialmente expuesta?^{9?} Si No
(Has the potentially exposed person received this vaccination^{9?})
3. ¿Ha sido informada de los resultados de esta evaluación la persona potencialmente expuesta^{10?} Si No
(Has the potentially exposed person been informed of the results of this evaluation^{10?})
4. ¿Ha sido aconsejada la persona potencialmente expuesta con respecto a las opciones de pruebas de VIH/VHB^{11?} Si No
(Has the potentially exposed person been counseled regarding the options of HIV/HBV testing^{11?})
5. ¿Se le ha informada a la persona potencialmente expuesta acerca de cualquier condición médica que resulte de la exposición a sangre u otros materiales potencialmente infecciosos que requieren una evaluación o tratamiento adicional^{10?} Si No
(Has the potentially exposed person been told about any medical conditions resulting from exposure to blood or other potentially infectious materials that requires further evaluation or treatment^{10?})

Nota: todos los demás hallazgos o diagnósticos deben permanecer confidenciales y no deben anotarse en este formulario. (Note: All other findings or diagnoses shall remain confidential and should not be noted on this form.)¹²

- Este documento debe mantenerse de acuerdo con 29 CFR 1910.1020.¹³
(This document should be maintained in accordance with 29 CFR 1910.1020.¹³)

Firma del profesional de salud (Health Practitioner Signature)

Nombre impreso del profesional de salud (Name)

Resultados de la prueba de fuente¹⁴ (Results of Source Testing¹⁴):

Oregon OSHA requiere que la información anterior sea devuelta al empleador y entregada al empleado dentro de los 15 días posteriores de la evaluación.¹⁵ (Oregon OSHA requires that the above information be returned to the employer and provided to the employee within 15 days of the evaluation.¹⁵)

Por favor envíe el formulario a: (Please send form to):

Safety & Risk Services, Attn: Biological Safety Officer
1260 University of Oregon
Eugene, OR 97403-1260
hallieh@uoregon.edu

¹ OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030 (h)(1)(ii)(A)

² OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030(f)(4)(ii)(B)

³ OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030 (f)(3)(i); (f)(4)(ii)(C)

⁴ OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030 (h)(5)(i)(A)

⁵ OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030(h)(1)(ii)(B)

⁶ OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030 (f)(3)(iii)(B)

⁷ OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030 (f)(3)(ii)(A)

⁸ OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030 (f)(3)(ii)(B)

⁹ OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030 (f)(5)(i)

¹⁰ OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030 (f)(5)(ii)

¹¹ OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030 (f)(3)(v)

¹² OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030 (f)(5)(iii)

¹³ OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030 (f)(6); (h)(1)(i)

¹⁴ OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030 (f)(4)(D)

¹⁵ OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030 (f)(5)

This form is required by OAR Ch. 437, Div. 2/Z, 1910.1030 and will be kept in employee's confidential medical file at employment site.