

Donde ocurrió: Adentro Afuera

Si fue adentro, dónde fue: En Casa En la Escuela En el Trabajo Otro Lugar (especifique)

Si fue afuera, dónde 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 Agrícola Otro lugar (especifique) _____

¿Qué tan lejos estaba? _____

¿Qué vio? Describe lo que paso. *Por ejemplo, ¿vio una aplicación de pesticida cercana? ¿Hubo un derrame o una fuga? ¿Se estaba rociando el pesticida? ¿Mezclando? O ¿transportado?*

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

Un tractor. ¿Estaba rociando el tractor? Hacia Arriba Hacia Abajo

Un rociador de mano o una mochila Un helicóptero Otra forma _____

¿Vio polvo u otras partículas? Sí 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 la dirección de este punto de referencia:

Cielos:

Claro
Nublado
Neblina
Lloviendo/Briza

¿Cuáles fueron los efectos?

¿Olor o tenia sabor de algo extraño? Si es asi, descríballo lo mejor que pueda. Trate de asociar el olor con algo familiar, como huevos podridos, el producto quimico dulce o amargo, ajo, cloro, etc.

¿Sintió algo en la piel, ojos o ropa? No Sí
¿Respiro los humo? No Sí
¿Alguien resulto herido(a)? No Sí
Si asi es, ¿Cuándo comenzaron a sentirse enfermos?

¿Cuáles fueron sus síntomas?

¿Qué parte del cuerpo fue afectado?

¿Cuánto tiempo duraron los síntomas?

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