



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

**Direccion del Viento del:**

Norte  
Sur  
Este  
Oeste  
Desde esta dirección/hito: \_\_\_\_\_

**Cielos:**

Claro  
Nublado  
Niebla  
Lloviendo/Briza

Cuales fueron los efectos?

---

---

---

Olor o probo algo extraño? Si es así, descríbalo lo mejor que pueda. Trate de asociar el olor con algo familiar, como huevos podridos, el producto químico 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 así 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 médico o hospital? Si así fue, favor de dar el nombre del doctor o hospital, número de teléfono y dirección, si usted lo tiene.

---

---

---