

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?

Olo 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.
