

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**SUPLEMENTO SÓLO PARA TRABAJADORES QUE RESPONDIERON “SÍ”  
A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS “NL” EN EL CUESTIONARIO NAWs (PÁGINA 18)  
– SECCIÓN NL - LESIONES/LASTIMADURAS/ACCIDENTES/HERIDAS -**

**[NL3 CÓDIGOS] LISTA DE LASTIMADURAS. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿HA TENIDO...:**

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> a raspadura/abrasión?    | <input type="checkbox"/> d torcedura/esguince/estiramiento/ | <input type="checkbox"/> f dislocación?                         | <input type="checkbox"/> i picadura/mordida de         |
| <input type="checkbox"/> b mallugadura/contusión? | desgarre de ligamento/hernia                                | <input type="checkbox"/> g corte/laceración/perforación/ herida | insecto/animal?  |
| <input type="checkbox"/> c amputation/pérdida de  | traumática?   | <input type="checkbox"/> h quemadura/ampollas/escaldadura?      | <input type="checkbox"/> j otro?: <input type="text"/> |
| parte del cuerpo?                                 | <input type="checkbox"/> e rotura/fractura de hueso /       |   |  |
|   | aplastado/ machucado?                                       |   |  |

**Por favor describa, ¿qué es lo que ocurrió cuando tuvo esta lastimadura/accidente?**

**[ENCUESTADOR:** Si el entrevistado tuvo más de una lastimadura/accidente, anote primero el número del incidente (ej. Para el primer incidente escriba 1) en el cuadro de lastimaduras/accidentes de la siguiente página. Luego, pregunte y escriba todas las respuestas para las preguntas **NL3** hasta **NL20**.

*EN EL CUADRO DE LA SIGUIENTE PÁGINA ANOTE TODA LA INFORMACIÓN NARRATIVA DETALLADAMENTE UTILIZANDO LAS PREGUNTAS DE SONDEO NL3 HASTA NL20 Y MARCÁNDOLAS CUANDO LAS HAGA PARA ASEGURARSE QUE ESTÁ REALIZANDO TODAS LAS PREGUNTAS [ej. ¿Qué ocurrió? ¿Qué estaba haciendo? ¿Dónde ocurrió? ¿Cuál fue la causa del accidente/lastimadura? ¿Estaba usando alguna máquina o herramienta cuando ocurrió (el accidente/lastimadura)? etc.]*

**[USE UN CUADRO DIFERENTE DE LASTIMADURAS/ACCIDENTES PARA CADA LASTIMADURA/ACCIDENTE]**

**CÓDIGOS PARA NL13:**

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <b>13.</b> CENTRO DE SALUD COMUNITARIO/ HOSPITAL/ SALA DE EMERGENCIA | <b>6.</b> CLÍNICA MIGRANTE                            | <b>10.</b> FUI A MI PAÍS              |
| <b>2.</b> MÉDICO PARTICULAR/CONSULTORIO/CLÍNICA PRIVADA              | <b>7.</b> QUIROPRÁCTICO                               | <b>11.</b> OTRO: <input type="text"/> |
| <b>3.</b> CURANDERO/SOBADOR  | <b>8.</b> PRIMEROS AUXILIOS EN EL LUGAR DEL INCIDENTE | <b>12.</b> NO RECIBÍ TRATAMIENTO      |
|  | <b>9.</b> DENTISTA                                    |                                       |

**CÓDIGOS PARA NL14:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <b>1</b> PAGUÉ DE MI BOLSILLO                  | <b>5</b> SEGURO/ASEGURANZA (PROPIO O DE FAMILIA) | <b>11</b> NO ME ACUERDO QUIÉN PAGÓ            |
| <b>2</b> MÉDICAID/MEDICARE                     | <b>8</b> ME ENVIARON LA CUENTA PERO NO PAGUÉ     | <b>6</b> OTRO: <input type="text"/>           |
| <b>3</b> NO ME COBRARON                        | <b>9</b> “WORKERS’ COMPENSATION”                 | <b>7</b> COMBINACIÓN DE: <input type="text"/> |
| <b>4</b> SEGURO/ASEGURANZA DE SALUD DEL PATRÓN | <b>10</b> PATRÓN/EMPLEADOR PAGÓ “DE SU BOLSILLO” |   |

**LASTIMADURAS/ACCIDENTES**

INCIDENTE #  - FW?  o NF?  [USE ESTE CUADRO PARA DOCUMENTAR LA PRIMERA LASTIMADURA (ACCIDENTE) SI ES QUE MENCIONÓ MÁS DE UN INCIDENTE]

**NL3** Las siguientes preguntas se refieren a este incidente cuando se lastimó. ¿En qué partes del cuerpo se lastimó, y qué tipos de lastimadura tuvo en este incidente? [ENTREVISTADOR: ESCRIBA TODAS LAS PARTES DEL CUERPO INCLUYENDO LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES DE LASTIMADURA]

**PARTES DEL CUERPO:**

**CÓDIGOS PARA TIPOS DE LASTIMADURAS (EN LA PRIMERA PÁGINA - NL3). LEA Y MARQUE LAS QUE CORRESPONDAN:**

PARTE 1	<input type="text"/>	a. <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/>	c. <input type="checkbox"/>	d. <input type="checkbox"/>	e. <input type="checkbox"/>	f. <input type="checkbox"/>	g. <input type="checkbox"/>	h. <input type="checkbox"/>	i. <input type="checkbox"/>	j. <input type="checkbox"/>
PARTE 2	<input type="text"/>	a. <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/>	c. <input type="checkbox"/>	d. <input type="checkbox"/>	e. <input type="checkbox"/>	f. <input type="checkbox"/>	g. <input type="checkbox"/>	h. <input type="checkbox"/>	i. <input type="checkbox"/>	j. <input type="checkbox"/>
PARTE 3	<input type="text"/>	a. <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/>	c. <input type="checkbox"/>	d. <input type="checkbox"/>	e. <input type="checkbox"/>	f. <input type="checkbox"/>	g. <input type="checkbox"/>	h. <input type="checkbox"/>	i. <input type="checkbox"/>	j. <input type="checkbox"/>

**NARRATIVA (SI NECESITA MÁS ESPACIO, ESCRIBA DETRÁS DE LA PÁGINA) [MARQUE LA PREGUNTAS DE SONDEO DESPUÉS DE HACERLAS]:**

¿qué ocurrió?     ¿qué hacía?     ¿dónde ocurrió?     ¿cuál fue la causa?     ¿detalles?     ¿nombre de máquina/herramienta?

[SI ES "NF", PREGUNTE POR LA OCUPACIÓN (TAREA) Y TIPO DE INDUSTRIA:]

**NL4 ¿Dónde?:**     1 "field"     2 "labor camp"     3 edificio en el rancho     4 camino en el rancho     5 calle pública     8 otro:

<p><b>NL5</b> ¿Cuándo?: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><b>NL6</b> ¿Con el empleador (patrón) actual?: <input type="checkbox"/> 0 NO    <input type="checkbox"/> 1 SÍ</p>	<p><b>NL8</b> ¿Cultivo? <input type="text"/></p>	<p><b>NL9a</b> ¿Tarea/Actividad?: <input type="text"/></p>	<p><b>NL7a</b> ¿Fue durante las horas de trabajo?: <input type="checkbox"/> 0 NO    <input type="checkbox"/> 1 SÍ</p>	
<p><b>NL11</b> ¿Estuvo sin poder trabajar en forma normal &gt;4horas?: <input type="checkbox"/> 0 No    <input type="checkbox"/> 1 SÍ</p>	<p><b>NL12</b> ¿# de días sin poder trabajar en forma normal?: <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><b>NL21</b> ¿# de días SIN TRABAJAR por la lastimadura?: <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><b>NL13</b> ¿Dónde recibió tratamiento? [ESCRIBA TODAS LAS RESPUESTAS. USE CÓDIGOS]: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><b>NL14</b> ¿Cómo pagó? [CÓDIGOS]: <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><b>NL20</b> ¿Recibió primeros auxilios? <input type="checkbox"/> 0 No    <input type="checkbox"/> 1 SÍ</p>

LASTIMADURAS/ACCIDENTES

22 de enero de 2014

INCIDENTE #  - FW?  o NF?  [USE ESTE CUADRO PARA DOCUMENTAR EL SEGUNDO INCIDENTE (LASTIMADURA/ACCIDENTE). SI MENCIONÓ MÁS DE DOS INCIDENTES (LASTIMADURAS/ACCIDENTES), USE FORMAS EN BLANCO DE OTRO SUPLEMENTO]

NL3 Las siguientes preguntas se refieren a este incidente cuando se lastimó. ¿En qué partes del cuerpo se lastimó, y qué tipos de lastimadura tuvo en este incidente? [ENTREVISTADOR: ESCRIBA TODAS LAS PARTES DEL CUERPO INCLUYENDO LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES DE LASTIMADURA]

PARTES DEL CUERPO:

CÓDIGOS PARA TIPOS DE LASTIMADURAS (EN LA PRIMERA PÁGINA - NL3). [LEA Y MARQUE LAS QUE CORRESPONDAN]:

PARTE 1	<input type="text"/>	a. <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/>	c. <input type="checkbox"/>	d. <input type="checkbox"/>	e. <input type="checkbox"/>	f. <input type="checkbox"/>	g. <input type="checkbox"/>	h. <input type="checkbox"/>	i. <input type="checkbox"/>	j. <input type="checkbox"/>
PARTE 2	<input type="text"/>	a. <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/>	c. <input type="checkbox"/>	d. <input type="checkbox"/>	e. <input type="checkbox"/>	f. <input type="checkbox"/>	g. <input type="checkbox"/>	h. <input type="checkbox"/>	i. <input type="checkbox"/>	j. <input type="checkbox"/>
PARTE 3	<input type="text"/>	a. <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/>	c. <input type="checkbox"/>	d. <input type="checkbox"/>	e. <input type="checkbox"/>	f. <input type="checkbox"/>	g. <input type="checkbox"/>	h. <input type="checkbox"/>	i. <input type="checkbox"/>	j. <input type="checkbox"/>

NARRATIVA (SI NECESITA MÁS ESPACIO, ESCRIBA DETRÁS DE LA PÁGINA) [MARQUE LA PREGUNTAS DE SONDEO DESPUÉS DE HACERLAS]:

¿qué ocurrió?  ¿qué hacía?  ¿dónde ocurrió?  ¿cuál fue la causa?  ¿detalles?  ¿nombre de máquina/herramienta?

[SI ES "NF", PREGUNTE POR LA OCUPACIÓN (TAREA) Y TIPO DE INDUSTRIA:]

NL4 ¿Dónde?:  1 "field"  2 "labor camp"  3 edificio en el rancho  4 camino en el rancho  5 calle pública  8 otro:

NL5 ¿Cuándo? [MES Y AÑO]: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	NL6 ¿Con el empleador (patrón) actual?: <input type="checkbox"/> 0 NO <input type="checkbox"/> 1 Sí	NL8 ¿Cultivo? <input type="text"/>	NL9a ¿Tarea/Actividad?: <input type="text"/>	NL9 ¿Fue durante las horas de trabajo?: <input type="checkbox"/> 0 NO <input type="checkbox"/> 1 Sí	
NL11 ¿Estuvo sin poder trabajar en forma normal >4horas?: <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí	NL12 ¿# de días sin poder trabajar en forma normal?: <input type="text"/> <input type="text"/>	NL21 ¿# de días SIN TRABAJAR por la lastimadura?: <input type="text"/> <input type="text"/>	NL13 ¿Dónde recibió tratamiento? [ESCRIBA TODAS LAS RESPUESTAS. USE CÓDIGOS]: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NL14 ¿Cómo pagó? [CÓDIGOS]: <input type="text"/> <input type="text"/>	NL20 ¿Recibió primeros auxilios? <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí