

Fecha \_\_\_\_\_

## Encuesta inicial sobre el derrame de petróleo en la costa del Golfo

Fecha de vencimiento XX/XX/XXXX

<b>Nombre (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>		<b>Fecha de nacimiento</b> <input style="width: 40%;" type="text"/> / <input style="width: 40%;" type="text"/> / <input style="width: 40%;" type="text"/>		<b>Últimos cuatro dígitos del número de seguro social</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>		<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<b>Raza/grupo étnico</b> <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra			
<b>Teléfono celular (con código de área)</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>		<b>Dirección</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>		<b>Ciudad</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>		<b>Estado</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>		<b>CÓDIGO POSTAL</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>		<b>Dirección de correo electrónico</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	
<b>Nombre y número de contacto de la persona que podrá ubicarlo en 6 meses</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>						<b>Empleador u organización voluntaria en el sitio</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>					
<b>¿Cuál ha sido su trabajo HABITUAL antes del derrame?</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>				<b>En este derrame de petróleo, ¿usted es...?:</b> <input type="checkbox"/> Empleado de BP <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Empleado del gobierno <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> No sé							
<b>¿Cuántos años hace que está en su trabajo HABITUAL?</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>				<b>¿Estaría dispuesto a que lo contactemos para participar en una posible encuesta después de este evento?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

### Trabajo de respuesta (sea lo más específico posible)

<p><b>¿Cuál será su trabajo o sus responsabilidades?</b></p> <input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/> <p><b>¿Las labores asignadas implicarán una posible exposición al petróleo o sustancias petrolíferas?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <p><b>Si la respuesta es Sí, por favor describa sus labores:</b></p> <input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/> <p><b>¿Cuáles son los sitios a los que posiblemente lo enviarán?</b></p> <input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/> <p><b>¿Por cuánto tiempo planea trabajar en las labores de limpieza del derrame de petróleo?</b></p> <input type="checkbox"/> 1 semana o menos <input type="checkbox"/> 1 semana a 2 semanas <input type="checkbox"/> más de 2 semanas a hasta 1 mes <input type="checkbox"/> Más de un mes <input type="checkbox"/> Mientras haya trabajo <input type="checkbox"/> No sé	<p><b>¿Qué tipo de capacitación ha recibido? (Marque todas las opciones que correspondan)</b></p> <input type="checkbox"/> Módulo 1: Orientación básica sobre HSE de BP <input type="checkbox"/> Módulo 2: Expectativas de los contratistas <input type="checkbox"/> Módulo 3: Limpieza del derrame de petróleo después de la emergencia <input type="checkbox"/> Información general para personal de respuesta inmediata <input type="checkbox"/> Curso de repaso anual <input type="checkbox"/> Operaciones del personal de respuesta inmediata (8 horas) <input type="checkbox"/> Curso de repaso anual <input type="checkbox"/> Técnico de materiales peligrosos (24 horas) <input type="checkbox"/> Curso de repaso anual <input type="checkbox"/> HAZWOPER (24 horas) <input type="checkbox"/> Curso de repaso anual <input type="checkbox"/> HAZWOPER (más de 40 horas) <input type="checkbox"/> Curso de repaso anual <input type="checkbox"/> Otra capacitación, describa: <input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/> <p><b>¿Cree que va a usar equipo de protección personal para protegerse la piel?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <p><b>¿Cree que va a usar equipo de protección personal para protegerse los ojos (gafas protectoras)?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<p><b>¿Cree que va a usar protección respiratoria?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <p><b>¿Le han probado en el último año un respirador para ver que le ajuste bien?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <p><b>¿Fuma?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí, número de cigarrillos al día: <input style="width: 40px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <p><b>Los CDC recomiendan que los adultos se vacunen contra el tétanos cada 10 años. ¿Le han puesto la vacuna antitetánica en los últimos 10 años?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <p><b>¿Tiene otras preguntas o inquietudes?</b></p> <input style="width: 95%; height: 60px;" type="text"/>
---	--	--

**He leído y entiendo la información de la Hoja de uso y divulgación de datos sobre quiénes están recolectando esta información y la forma en que se utilizará, y mi participación es voluntaria.**

**Firma:** \_\_\_\_\_