

Actos inseguros	Si	No	Observaciones
No uso de equipos de protección personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Comer durante aplicación de plaguicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fumar durante aplicación de plaguicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Almacenamiento de plaguicidas en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Uso doméstico de plaguicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Uso de plaguicidas en estado de embriaguez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Uso de envases de plaguicidas en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Irrespeto de tiempo de reingreso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Intento de homicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Daños intencionales al ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Consumo de productos contaminados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro (especifique): _____			_____

Para cada una de las condiciones o actos inseguros identificados, anote las recomendaciones:

Acciones recomendadas	Plazo	Fecha de seguimiento
1-		
2-		
3-		
4-		

Clasificación del caso: Confirmado Descartado

Personas que participan en la investigación

Nombre y apellidos	Institución que representa

Original para: Nivel Local del Ministerio de Salud
Copia para: Epidemiología Regional Ministerio de Salud