

Registro de Lesiones Punzantes¹

Para el período que termina en: ____/____/____

Nombre de empresa: _____

Fecha ingresada	Fecha en que ocurrió el incidente y hora en que ocurrió el incidente	Tipo y marca de dispositivo involucrado	Departamento o área de trabajo donde ocurrió el incidente de exposición	Cómo ocurrió el incidente
____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año Hora Minutos AM PM			
____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año Hora Minutos AM PM			
____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año Hora Minutos AM PM			
____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año Hora Minutos AM PM			
____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año Hora Minutos AM PM			
____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año Hora Minutos AM PM			
____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año Hora Minutos AM PM			
____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año Hora Minutos AM PM			
____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año Hora Minutos AM PM			
____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año Hora Minutos AM PM			
____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año Hora Minutos AM PM			
____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año Hora Minutos AM PM			
____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año Hora Minutos AM PM			
____/____/____ Mes Dia Año	____/____/____ Mes Dia Año Hora Minutos AM PM			

• **Retener hasta:** ____/____/____ (5 años después del final del año actual - ver 1904.44)

• Debe mantener este registro si se le aplica el requisito de mantener un registro 300. Ver Parte 1904.

¹ **Referido en 1910.1030 (h) (5)**