

DEPARTMENT OF HOMELAND SECURITY  
U.S. Coast Guard  
**REPORTE DEL ACCIDENTE EN BARCOS DE RECREACIÓN**

OMB Control Number: 1625-0003

Expiración: 31/12/2015

**Instrucciones:** Use la sección "Reporte requerido porque" abajo para determinar si su accidente requiere un reporte. Si es requerido, para cada dueño u operador del barco involucrado en el accidente, favor de emitir un reporte a la Autoridad del Estado. Cada operador o dueño del barco involucrado en un accidente debe de emitir un reporte por separado. Para cada pregunta abajo, favor de responder lo que aplica (al caso) o es conocido; si no, déjelo en blanco. Aviso del Acto de Privacidad: Autoridad -46 U.S.C. 6102 y 33 CFR 173 y 174 autorizan la colección de información en accidentes de barcos. Intención: El Guarda Costa usa esta información con propósito estadístico, como información al público, como medidas del esfuerzo del Programa y para regular las consecuencias relacionadas con la seguridad de barcos. Uso Rutino: El Guarda Costa comparte esta información dentro de la Agencia y si la Ley del Estado o Federal lo permite, al público.

**SUMISION DEL REPORTE**

**Reporte requerido porque** (seleccione todos los que aplican):

Si alguna persona murió en este accidente. Si fue así, ¿cuántas? \_\_\_\_\_

Si alguna persona lesionada en este accidente requirió o necesitó mayor tratamiento que primeros auxilios. Si fue así, ¿cuántas? \_\_\_\_\_

Si alguna persona desapareció y no ha sido recobrada. Si fue así, ¿cuántas? \_\_\_\_\_

Todo daño al barco y a otra propiedad (Ej. equipo de pesca/caza) causados por este accidente que ascienden (o casi ascienden) a \$2,000 o más:

Valor aproximado de daños a su barco: \$ \_\_\_\_\_

Valor aproximado de daños a su otra propiedad: \$ \_\_\_\_\_

Su u otro barco en este accidente fue (o posiblemente fue) una pérdida total.

**Reporte emitido por:** (seleccione todo lo que aplica):

Operador del barco (requerido si es posible)

Dueño del barco (si el operador no puede, o si él es el operador)

Otro (describalo): \_\_\_\_\_

**Para ser sometido dentro de:**

48 horas (si hubo heridos/desaparecidos/muertos)

10 días (si sólo daño al barco y a otra propiedad)

Para ser emitido a: (Autoridad de Reporte Local del Estado)

**Teléfono:**

Ud. puede someter comentarios sobre la exactitud de la estimación de carga impositiva o cualquier sugerencia para reducir la carga a: Commandant (CG-BSX-21) U. S. Coast Guard, Washington, D.C. 20593-0001, ó a Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (1625-0003), Washington, D. C. 20503. Preguntas sobre la solicitud de estos datos deben enviarse al Coast Guard.

**Uso por las Oficinas del Estado solamente**

Nombre

Apellido

Teléfono:

Nombre

Apellido

Teléfono

Causa primaria del accidente

**SUMARIO DEL ACCIDENTE**

**¿CUÁNDO?**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ am pm  
(dd/mm/aaaa) (seleccione una)

**¿DÓNDE?**

Cuerpo de agua

Localidad (en el agua) descripción

Ciudad ó pueblo más cercano

Condado:

Estado:

**SU BARCO - PERSONAS**

No. de personas abordó (incluyendo el operador)

No. de personas siendo remolcadas (Ej. en tubos/esquis)

No. de personas con salvavidas (abordó o en remolque)

**OTROS BARCOS INVOLUCRADOS EN ESTE ACCIDENTE**

No. de otros barcos en el accidente

**DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:** Brevemente describa el accidente (adjunte más páginas si necesita)

**DAÑO A SU BARCO:** Brevemente describa cualquier daño a su barco

**DAÑO A SU OTRA PROPIEDAD: (no el barco)**  
Brevemente describa cualquier daño a su otra propiedad (no el barco)



Para cada pregunta abajo, responda SI APLICAN AL CASO Y CONOCE LA RESPUESTA; si no, déjelo en blanco.

### DETALLES DEL ACCIDENTE- ACTIVIDADES Y OPERACIONES DE SU BARCO

#### ACTIVIDADES DEL OPERADOR/PASAJEROS

Actividades del operador/pasajeros del barco cuando ocurrió el accidente:

Actividades eran (seleccione una)      Actividades del operador/pasajeros (seleccione todos los que aplican)

|            |                    |                |                    |
|------------|--------------------|----------------|--------------------|
| Recreativo | Pesca              | Tubing         | Arrancar el motor  |
| Comercial  | Caza               | Esquí acuático | Hacer reparaciones |
|            | Rafting en rápidos | Descansando    | Otra (describa):   |

#### OPERACIONES DEL BARCO

Operaciones del barco cuando ocurrió el accidente (seleccione todos los que aplican)

|                        |                  |                         |                       |
|------------------------|------------------|-------------------------|-----------------------|
| Navegando (motorizado) | A la deriva      | Competencia             | Remolcando otro barco |
| Cambio de dirección    | En ancla         | Remando/canaleteando    | Botando al agua       |
| Cambio de velocidad    | Siendo remolcado | Desatracando del muelle | Atracado al muelle    |
| Navegando (velero)     | Otro (liste):    |                         |                       |

### DETALLES DEL ACCIDENTE - FACTORES CONTRIBUYENTES EN SU BARCO

#### FACTORES CONTRIBUYENTES

Indique los factores en su barco cuales contribuyeron a este accidente (seleccione todos los que aplican)

|                            |                                       |                               |  |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--|
| Uso de bebidas alcohólicas | Vigía inapropiado                     | Dique/esclusas                | Arrancar en cambio                             |
| Uso de drogas              | Falta de atención del operador        | Fuerza de la estela/ola       | Vuelta cerrada                                 |
| Velocidad excesiva         | Operador sin experiencia              | Aguas peligrosas              | Visibilidad reducida                           |
| Anclaje inapropiado        | Barrera de idioma                     | Mal tiempo meteorológico      | Guías inadecuadas de navegación (Ej. boya)     |
| Carga inapropiada          | Violación de las reglas de navegación | Incendio de combustible/vapor | Luces de navegación abordo inadecuadas         |
| Sobrecargado               | Falta de ventilación                  | Falla del casco               | Personas en la regala, la proa, ó el travesaño |
| Otro (describa):           |                                       |                               |  |

### DETALLES DEL ACCIDENTE - SU BARCO

#### MALOGRO DE LA MAQUINARIA O EL EQUIPO

Malogro de maquinaria o equipo en su barco que contribuyeron a este accidente (seleccione todos los que aplican)

|  |              |             |                                |
|--|--------------|-------------|--------------------------------|
| Motor/maquinaria                         | Luces abordo | Cambios     | Equipo de sonido (Ej. Silbato) |
| Sistema eléctrico                        | Asientos     | Radio       | Equipo auxiliar                |
| Sistema de combustión                    | Timón        | Matafuegos  | Otro (describa):               |
| Vela/mástil                              | Acelerador   | Ventilación |                                |
| Equipo a la navegación a bordo (Ej. GPS) |              |             |                                |

### DETALLES DEL ACCIDENTE - EVENTOS EN SU BARCO

#### EVENTOS DEL ACCIDENTE

Tipo de eventos ocurridos durante el accidente/en su barco durante el accidente (seleccione todo lo que aplica)

|   |  |   |
|---|--|---|
| Colisión con un barco de recreación               | Inundarse/empantanarse                                       | Persona cayó al agua                                |
| Colisión con un barco de comercio (Ej. barcaza)   | Fuego/explosión - combustible                                | Persona cayó en/dentro del barco                    |
| Colisión on un objeto fijo (Ej. muelle o puente)  | Fuego/explosión - no combustible                             | Condicion médica repentina                          |
| Colisión con objeto sumergido (Ej. Cable o poste) | Exp. a monóxido de carbono                                   | Persona golpeada por el barco                       |
| Colisión con objeto flotante (Ej. palos, boya)    | Percance de esquiar, tubos, abordador de estelas, etc.       | Persona herida por la helice o unidad de propulsion |
| Zozobrase   | Persona dejó el barco voluntariamente                        | Persona electrocutada                               |
| Barco a tierra                                    | Persona arrojada del barco (causado por maniobra o colisión) |   |
| Hundirse  | Otro (describa):   |   |

Para cada pregunta abajo, responda SI APLICAN AL CASO Y CONOCE LA RESPUESTA; si no, déjelo en blanco.

## DETALLES DEL ACCIDENTE - SU BARCO

### PERSONAS LESIONADAS QUE RECIBIERON Ó NECESITARON TRATAMIENTO MAYOR DE PRIMEROS AUXILIOS.

Reporte sólo personas en, o golpeadas o remolcadas por su barco que recibieron/necesitaron más tratamiento de primeros auxilios. No reporte personas en o golpeadas o remolcadas por otro barco o por ningún barco (Ej. nadadores, personas en el muelle). Para reportar más de una persona lesionada, adjunte páginas adicionales al reporte. Si ninguna, SALTE (sección) PERSONAS LESIONADAS.

#### PERSONAS LESIONADAS O HERIDAS

|           |                                  |          |
|-----------|----------------------------------|----------|
| Nombre    | Inicial                          | Apellido |
| Dirección |                                  |          |
| Ciudad    | Estado                           | Zip      |
| Teléfono  | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | Edad     |

#### DETALLES DE LESIONES

| Lesiones causadas cuando la persona (seleccione todo lo que aplica) | Tipo de lesiones más severas (seleccione uno)  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Topó el (Ej. agua, barco)                  | <input type="checkbox"/> Rasguño/moretón   |
| <input type="checkbox"/> Fue golpeado por (Ej. barco, hélice)       | <input type="checkbox"/> Herida  |
| <input type="checkbox"/> Fue expuesto a monóxido de carbono         | <input type="checkbox"/> Torcedura/tension   |
| <input type="checkbox"/> Recibió un choque eléctrico                | <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral/daño al cerebro                              |
| <input type="checkbox"/> Otro (describa):                           | <input type="checkbox"/> Daño a la espina dorsal   |
| <input type="checkbox"/> ¿Persona usando un salvavidas?             | <input type="checkbox"/> Hueso fracturado/quebrado                                       |
| <input type="checkbox"/> ¿Persona recibió más de primeros auxilios? | <input type="checkbox"/> Parte del cuerpo seriamente lesionado (Ej. cabeza/torso/pierna) |
| <input type="checkbox"/> ¿Persona admitida al hospital?             |  |

#### DETALLES DEL ACCIDENTE- SU BARCO - MUERTES/DESAPARICIONES

Sólo reporte personas muertas/desaparecidas dentro de o golpeadas o remolcadas por su barco. Si hay más de una muerte/desaparición para reportar, adjunte copias adicionales de esta página. Si ninguna, SALTE la sección MUERTES/DESAPARICIONES.

#### PERSONA QUE MURIÓ/DESAPARECIÓ

|           |                                  |          |
|-----------|----------------------------------|----------|
| Nombre    | Inicial                          | Apellido |
| Dirección |                                  |          |
| Ciudad    | Estado                           | Zip      |
| Teléfono  | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | Edad     |

#### DETALLES DE LA MUERTE/DESAPARICIÓN

| Lesión causada cuando la persona (seleccione todo lo que aplica)               | Causa de la muerte/desaparición (seleccione uno)                |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Topó el (Ej. barco, agua)                             | <input type="checkbox"/> Muerte - ahogado                       |
| <input type="checkbox"/> Fue golpeado por (Ej. barco, hélice)                  | <input type="checkbox"/> Muerte - otra posible causa (describa) |
| <input type="checkbox"/> Fue expuesto al envenenamiento de monóxido de carbono |   |
| <input type="checkbox"/> Recibió un choque eléctrico                           | <input type="checkbox"/> Desaparecido aún no ha sido recobrado  |
| <input type="checkbox"/> Otro (describa):                                      | <input type="checkbox"/> ¿Persona usando un salvavidas?         |
|  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No         |

Para cada pregunta abajo, responda SI APLICAN AL CASO Y CONOCE LA RESPUESTA; si no, déjelo en blanco.

### DETALLES DEL ACCIDENTE - OPERADOR DE SU BARCO

| CURSO DEL OPERADOR   |  | MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL OPERADOR                       |   |                          |                     |                          |    |
|--|--|---|---|--------------------------|---------------------|--------------------------|----|
| Clase completada en seguridad de transporte en barcos<br>(seleccione todo lo que aplica) |  | Abordo, antes del accidente, estaba el operador usando  |   |                          |                     |                          |    |
| <input type="checkbox"/>   | Ninguna  | <input type="checkbox"/>                                | Un salvavidas   | <input type="checkbox"/> | Sí                  | <input type="checkbox"/> | No |
| <input type="checkbox"/>   | Curso por el Estado                                  | <input type="checkbox"/>                                | Un interruptor de motor (Acollador ó aparato inalámbrico) si es aplicable | <input type="checkbox"/> | Sí                  | <input type="checkbox"/> | No |
| <input type="checkbox"/>   | Curso del Auxiliar del USCG                          | Abordo, antes del accidente, estaba el operador usando: |   | <input type="checkbox"/> | ¿Bebida alcohólica? | <input type="checkbox"/> | No |
| <input type="checkbox"/>   | Curso del Escuadrón de Fuerza                        |   |   | <input type="checkbox"/> |                     | Sí                       |    |
| <input type="checkbox"/>   | Por internet (nombre de la organizacion responsable) | <input type="checkbox"/>                                | ¿Drogas?  | <input type="checkbox"/> | Sí                  | <input type="checkbox"/> | No |
| <input type="checkbox"/>   | Otro (describa):                                     | <input type="checkbox"/>                                | ¿Operador fue arrestado por navegar bajo la influencia?                   | <input type="checkbox"/> | Sí                  | <input type="checkbox"/> | No |
| <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                                | ¿Reportes del tiempo fueron consultados antes del accidente?              | <input type="checkbox"/> | Sí                  | <input type="checkbox"/> | No |

### EXPERIENCIA DEL OPERADOR

Experiencia operando esta clase de barco (seleccione una)

|                          |               |                          |                           |                          |                            |                          |                 |
|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | 0 to 10 horas | <input type="checkbox"/> | Sobre 10, hasta 100 horas | <input type="checkbox"/> | Sobre 100, hasta 500 horas | <input type="checkbox"/> | Sobre 500 horas |
|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------|

### DETALLES DEL ACCIDENTE - OTRAS PERSONAS CLAVE

Sólo reporte otras personas clave no documentadas como lesionados, muertos, desaparecidos u operador/dueño de su barco. Si hay que reportar más de dos personas clave, adjunte copias adicionales de esta página.

#### NOMBRE/DIRECCIÓN

Esta otra persona clave fue (seleccione todo lo que aplica)

Operador de otro barco     Otro dueño de barco     Dueño de otra propiedad dañada     Pasajero en su barco     Testigo

|                                   |  |         |   |          |
|-----------------------------------|--|---------|---|----------|
| Nombre                            |  | Inicial | Apellido                                |          |
| Dirección                         |  |         |   |          |
| Ciudad                            |  | Estado  | Zip                                     | Teléfono |
| Nombre del otro barco (si alguno) |  |         | No. registro del otro barco (si alguno) |          |

#### NOMBRE/DIRECCIÓN

Esta otra persona clave estaba (seleccione todo lo que aplica)

Operador de otro barco     Otro dueño de barco     Dueño de otra propiedad dañada     Pasajero en su barco     Testigo

|                                   |  |         |   |          |
|-----------------------------------|--|---------|---|----------|
| Nombre                            |  | Inicial | Apellido                                |          |
| Dirección                         |  |         |   |          |
| Ciudad                            |  | Estado  | Zip                                     | Teléfono |
| Nombre del otro barco (si alguno) |  |         | No. registro del otro barco (si alguno) |          |

Para cada pregunta abajo, responda SI APLICAN AL CASO Y CONOCE LA RESPUESTA; si no, déjelo en blanco.

### OPERADOR DE SU BARCO

#### NOMBRE/DIRECCIÓN

|           |         |          |
|-----------|---------|----------|
| Nombre    | Inicial | Apellido |
| Dirección |         |          |
| Ciudad    | Estado  | Zip      |

#### EDAD/GENERO/TELÉFONO

|                                     |      |        |           |          |          |
|-------------------------------------|------|--------|-----------|----------|----------|
| Fecha de nacimiento<br>(dd/mm/aaaa) | Edad | Genero | Masculino | Femenino | Teléfono |
|-------------------------------------|------|--------|-----------|----------|----------|

### DUEÑO DE SU BARCO

Si el dueño es la misma persona que *el operador*, SALTE la sección DUEÑO DE SU BARCO.

#### NOMBRE/DIRECCIÓN/TELÉFONO

|           |         |          |          |
|-----------|---------|----------|----------|
| Nombre    | Inicial | Apellido |          |
| Dirección |         |          |          |
| Ciudad    | Estado  | Zip      | Teléfono |

### PERSONA EMITIENDO ESTE REPORTE

Si es el mismo que el *operador* O *dueño* de su barco, SALTE la sección PERSONA EMITIENDO ESTE REPORTE.

#### NOMBRE/DIRECCIÓN/TELÉFONO

|           |         |          |          |
|-----------|---------|----------|----------|
| Nombre    | Inicial | Apellido |          |
| Dirección |         |          |          |
| Ciudad    | Estado  | Zip      | Teléfono |

#### Yo fui un (seleccione uno)

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Otra persona abordo de este barco                    |
| <input type="checkbox"/> | Testigo del accidente <i>no</i> abordo de este barco |
| <input type="checkbox"/> | Otro (describa)                                      |

### FIRMA DE LA PERSONA EMITIENDO ESTE REPORTE

|          |                    |
|----------|--------------------|
| Su Firma | Fecha (dd/mm/aaaa) |
|----------|--------------------|

Una Agencia no puede conducir o patrocinar y una persona no es requerida de responder a la solicitud de información, sí no tiene un número actual y válido del OMB.

El Guarda Costa estima que toma 30 minutos para completar este reporte. Ud. puede someter cualquier comentarios respecto a la exactitud de este trabajo al Commandant (CG-BSX-21) U.S. Coast Guard, Washington, DC 20593-0001 o a la: Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (1625-0003), Washington, DC 20503.