



Solo para uso de oficina
Número asignado por la USCG: _____
Número de caso de DNR: _____

FORMULARIO DE INFORME DEL OPERADOR DE SUCESO DE EMBARCACIÓN

El operador de una embarcación involucrada en un suceso debe presentar un informe por escrito siempre que un suceso resulte en la pérdida de vidas; pérdida del conocimiento, tratamiento médico o discapacidad que exceda las 24 horas, o daños a la propiedad que excedan los \$2000. El informe debe enviarse al funcionario de conservación local en el condado donde ocurrió el suceso e incluirá una descripción completa de la colisión, suceso u otra víctima. Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina del DNR en Des Moines al 515-725-8200.

DATOS DEL SUCESO

Fecha (mes, día, año) del suceso _____ Hora local real: _____ AM PM

Número de barcos: _____ Número de heridos/muertes: _____ Lesiones _____ Muertes _____

Ciudad o pueblo más cercano: _____ Condado: _____ Estado: _____

Cuerpo de agua: _____ Ubicación (indique con precisión): _____

Condición del agua	Viento (MPH)	Clima
<input type="checkbox"/> Calma <input type="checkbox"/> Turbulenta	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Fuerte (15-25)	<input type="checkbox"/> Despejado <input type="checkbox"/> Lluvia
<input type="checkbox"/> Corriente fuerte <input type="checkbox"/> Muy turbulenta	<input type="checkbox"/> Leve (0-6) <input type="checkbox"/> Tormenta (más de 25)	<input type="checkbox"/> Nublado <input type="checkbox"/> Nieve
Temp. est. agua: _____ <input type="checkbox"/> Moderado (7-14)	Temp. est. aire: _____	<input type="checkbox"/> Niebla <input type="checkbox"/> Brumoso

¿El operador utilizó pronósticos meteorológicos antes y durante el uso de la embarcación? Sí No

En caso afirmativo, sitio web utilizado (o adjunte copias si están impresas): _____

Visibilidad	Dispositivos personales de flotación (DPF)	Extintores
<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Embarcación equipada con DPF <input type="checkbox"/> Accesible	<input type="checkbox"/> A bordo <input type="checkbox"/> Usado
<input type="checkbox"/> Justa <input type="checkbox"/> Nocturna	<input type="checkbox"/> Utilizado por sobrevivientes Si se utiliza, escriba: _____	Si se utiliza, escriba: _____

Operación en el momento del suceso.	Tipo de suceso	
<input type="checkbox"/> Actividad comercial <input type="checkbox"/> Crucero	<input type="checkbox"/> Toma de tierra	<input type="checkbox"/> Zozobrar
<input type="checkbox"/> Maniobra <input type="checkbox"/> Acercamiento al muelle	<input type="checkbox"/> Inundación	<input type="checkbox"/> Hundimiento
<input type="checkbox"/> Salida del muelle <input type="checkbox"/> Esquí acuático	<input type="checkbox"/> Incendio o explosión (combustible)	<input type="checkbox"/> Incendio o explosión (otro)
<input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Remolque	<input type="checkbox"/> Colisión con embarcación	<input type="checkbox"/> Golpeado por barco o hélice
<input type="checkbox"/> Al ser remolcado <input type="checkbox"/> a la deriva	<input type="checkbox"/> Colisión con objeto fijo	<input type="checkbox"/> Caída por la borda
<input type="checkbox"/> Al ancla <input type="checkbox"/> Atado al muelle	<input type="checkbox"/> Caídas en barco	<input type="checkbox"/> Esquiador/tubing caído
<input type="checkbox"/> Combustible <input type="checkbox"/> Pesca	<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	
<input type="checkbox"/> Caza <input type="checkbox"/> Buceo/natación		
<input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____		

OPERADOR: EMBARCACIÓN 1 (ESTA EMBARCACIÓN)

Nombre: _____ Sexo: M F
 Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____ Edad: _____
 Email: _____ Número de teléfono: _____

Experiencia del operador (esta embarcación)
 Menos de 20 horas 100-500 horas
 20-100 horas Más de 500 horas

Instrucción formal del operador en seguridad de la navegación.
 Ninguna Auxiliar de la USCG
 Estado Escuadrón de energía de EE. UU.
 Otra (especificar): _____

N.º est. de días de uso de la embarcación este año _____ Número típico de horas utilizadas cada día este año _____
 N.º típico de personas (incluido usted) a bordo de la embarcación cada día este año _____

PROPIETARIO: EMBARCACIÓN 1 (ESTA EMBARCACIÓN)

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____
 Email: _____ Número de teléfono: _____
 Compañía de seguros: _____

EMBARCACIÓN 1 (ESTA EMBARCACIÓN)

Nombre de la embarcación: _____
 Embarcación alquilada: Sí No N.º de personas a bordo o remolcadas: _____
 Número de registro: _____ Fecha de vencimiento del registro: _____
 Ubicación del buque después del suceso: _____ Registro a bordo: Sí No

Placa de capacidad e información del motor.
 _____ LBS _____ Número de personas _____ Longitud _____ Ancho
 _____ Clasif. HP _____ Número de motores _____ Altura del espejo de popa
 _____ HP real Marca del motor: _____ N.º de id. del casco: _____

Motor: Fuera borda Dentro borda Dentro-fuera borda
 Sin motor Unidad de cápsula Otro: _____

HP _____ Combust.: _____ Material del casco: _____

Propulsión: Hélice Chorro de agua Empuje de aire
 Manual Navegar Otro: _____

Marca de embarcación: _____ Modelo de embarcación: _____
 Año: _____ Color de la embarcación: _____ Tipo de embarcación _____
 USCG documentado (nombre y número): _____
 Daños estimados: \$ _____ Otros daños a la propiedad: \$ _____

PERSONAS A BORDO DE LA EMBARCACIÓN 1 (ESTA EMBARCACIÓN); MÁS DE TRES: ADJUNTE FORMULARIO(S) ADICIONAL(ES)

Nombre: _____ Herido Fallecido Ocupante Testigo
 Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____ Edad: _____
 Email: _____ Número de teléfono: _____
 Nombre de la lesión/causa de la muerte y ubicación en el momento del suceso: _____

Nombre: _____ Herido Fallecido Ocupante Testigo
Dirección: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Ciudad, estado, código postal: _____ **Edad:** _____
Email: _____ **Número de teléfono:** _____
Nombre de la lesión/causa de la muerte y ubicación en el momento del suceso: _____

Nombre: _____ Herido Fallecido Ocupante Testigo
Dirección: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Ciudad, estado, código postal: _____ **Edad:** _____
Email: _____ **Número de teléfono:** _____
Nombre de la lesión/causa de la muerte y ubicación en el momento del suceso: _____

OPERADOR - EMBARCACIÓN 2 (SI HAY MÁS DE DOS EMBARCACIONES, ADJUNTE FORMULARIOS ADICIONALES)

Nombre: _____ **Sexo:** M F
Dirección: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Ciudad, estado, código postal: _____ **Edad:** _____
Email: _____ **Número de teléfono:** _____

Experiencia del operador (esta embarcación)

Menos de 20 horas 100-500 horas
 20-100 horas Más de 500 horas

Instrucción formal del operador en seguridad de la navegación.

Ninguna Auxiliar de la USCG
 Estado Escuadrón de energía de EE. UU.
 Otra (especificar): _____

N.º est. de días de uso de la embarcación este año _____ **Número típico de horas utilizadas cada día este año** _____

N.º típico de personas (incluido usted) a bordo de la embarcación cada día este año _____

PROPIETARIO: EMBARCACIÓN 2

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Email: _____ **Número de teléfono:** _____
Compañía de seguros: _____

EMBARCACIÓN 2

Nombre de la embarcación: _____
Embarcación alquilada: Sí No **N.º de personas a bordo o remolcadas:** _____
Número de registro: _____ **Fecha de vencimiento del registro:** _____
Ubicación del buque después del suceso: _____ **Registro a bordo:** Sí No

Placa de capacidad e información del motor.

_____ LBS _____ Número de personas
_____ Clasif. HP _____ Número de motores
_____ HP real _____ Marca del motor: _____

Datos de la embarcación

_____ Longitud _____ Ancho
_____ Altura del espejo de popa
N.º de id. del casco: _____

Motor: Fuera borda Dentro borda Dentro-fuera borda
 Sin motor Unidad de cápsula Otro: _____

HP _____ **Combust.:** _____ **Material del casco:** _____

Propulsión: Hélice Chorro de agua Empuje de aire
 Manual Navegar Otro: _____

Marca de embarcación: _____ **Modelo de embarcación:** _____

Año: _____ **Color de la embarcación:** _____ **Tipo de embarcación:** _____

USCG documentado (nombre y número): _____

Daños estimados: \$ _____ **Otros daños a la propiedad:** \$ _____

DESCRIPCIÓN DEL SUCESO

Explique cómo ocurrió el suceso, incluida la secuencia de eventos y describa cualquier daño, si corresponde. Si se puede proporcionar un diagrama, adjunte.

Descripción de cada falla del equipo que causó o contribuyó a la causa del siniestro:

Describa la causa del siniestro. Incluya en su descripción si el alcohol, las drogas o ambos contribuyeron como causa de la muerte.

Nombre en letra de molde de la persona que envía este informe: _____

Firma: _____ Fecha de envío: _____