DEPARTMENT OF HOMELAND SECURITY

U.S. Coast Guard

OMB Control Number: 1625-0003

REPORTE DEL ACCIDENTE EN BARCOS DE RECREACIÓN

Expiración: 28/02/2026

Instrucciones: Use la sección "Reporte requerido porque" abajo para determinar sí su accidente requiere un reporte. Sí es requerido, para cada dueño ú 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; sí 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 consequencias relacionadas con la seguridad de barcos.
Uso Rutino: El Guarda Costa comparte esta información dentro de la Agencia y sí 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 *(descríbalo)*: _____

_____

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: *(dd/mm/aaaa)* Hora: am ☐ pm ☐ *(seleccione una)*

¿DÓNDE?

Cuerpo de agua

Localidad *(en el agua)* descripción

Ciudad ó pueblo más cercano

Condado: Estado:

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

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

***SU* BARCO - PERSONAS**

No. de personas abordo *(incluyendo el operador)*	
No. de personas siendo remolcadas *(Ej. en tubos/esquis)*	
No. de personas con salvavidas *(abordo o en remolque)*	

***OTROS* BARCOS INVOLUCRADOS EN ESTE ACCIDENTE**

No. de *otros* barcos en el accidente	

DAÑO A *SU* OTRA PROPIEDAD: *(no el barco)*

Brevemente describa cualquier daño a su otra propiedad *(no el barco)*

Reset

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

SU BARCO

IDENTIFICACIÓN DEL BARCO

Nombre del barco:	Fabricante:
Nombre del modelo:	Año del modelo:
No. de registro:	No. documentación:
Identificación del casco (*HIN*)	Rentado: ☐ Sí ☐ No

ESTIMADO DEL TAMAÑO *(use pies y pulgadas o metros y centimetros pero explique cual usa)*

Largo: pies	Profundidad desde el travesaño (en la popa) a la quilla (a lo más profundo) pies pulgadas	Anchura de la manga en lo más ancho pies pulgadas

MATERIAL DEL CASCO

Tipo de material del casco *(seleccione uno)*

☐	Fibra de vidrio	☐	Madera	☐	Hule/vinil/canvas	☐	Otro (*describa*)
☐	Aluminio	☐	Acero	☐	Plástico		

TIPO DE BARCO

Tipo de barco *(seleccione uno)*

☐	De motor y cabina	☐	Inflable	☐	Canoa	☐	Naves aquáticas personales *(PWC) (Ej. Wave Runner™, Jet Ski™, Sea-Doo™)*
☐	Motor sin cabina	☐	Casa barco	☐	Bote de remo		
☐	Velero con motor	☐	Velero (*solo*)	☐	Bote de aire	☐	Otro (*describa*)
☐	Barco pontón	☐	Kayak				

Propulsion Disponible *(seleccione todo lo que aplica)*

☐	Hélice	☐	Impulso de aire
☐	Vela	☐	Otro (*describa*)
☐	Manual		
☐	Jet de agua		

MAQUINARIA

No. de motores	**Tipo de maquinaria y caballos de fuerza** *(seleccione uno)*	**Tipo de combustible** *(seleccione todo lo que aplica)*
Fabricante	☐ Fuera borda ☐ Unidad inferior *(I/O)* ☐ Dentro borda ☐ Ninguno	☐ Gasolina ☐ Disel ☐ Eléctrico
	Total de caballos de fuerza *(hp):*	

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Organizaciones que han realizado Verificacion de Seguridad Abordo (*VSC*) de su barco durante este año pasado *(incluyendo equipo de seguridad abordo; Ej. salvavidas, ancla, cabo, y equipo matafuego)*

US Guarda Costa: ¿VSC Calcomanía? ☐ Sí ☐ No	☐	Agencia federal (*nombre*)
	☐	Agencia estatal (*nombre*)
US Escuadra de Fuerza: ¿VSC Calcomanía? ☐ Sí ☐ No	☐	Otras agencias (*nombre*)

No. de salvavidas abordo		No. de extintores abordo		Tipo de extintores *(Ej. ABC)*	
		No. de extintores usados		¿Cuántos extintores usados?	

DETALLES DEL ACCIDENTE - CONDICIONES EXTERNAS

TIEMPO

El tiempo estaba *(seleccione uno)*				**Era de** *(seleccione uno)*		**Visibilidad era** *(seleccione uno)*		**Viento era** *(seleccione uno)*	
☐	Claro	☐	Lluvia	☐	Día	☐	Buena	☐	0 mph (*ninguno*)
☐	Nublado	☐	Nevando	☐	Noche	☐	Mediocre	☐	Sobre 0, hasta 12 mph (*ligero*)
☐	Neblina	☐	Brumoso			☐	Mala	☐	Sobre 12, hasta 25 mph (*moderado*)
☐	Otra (*describa*)			Temperatura del aire:		**ºF**		☐	Sobre 25, hasta 55mph (*fuerte*)
								☐	Sobre 55 mph (*tempestuoso*)

AGUAS

Condiciones generales de las aguas *(seleccione uno)*	**Otras condiciones de las aguas**				
☐ Olas hasta 6 pulgadas (*calmado*)	Temperatura del agua:	**ºF**			
☐ Olas sobre 6 pulgadas hasta 2 pies (*picado*)	¿Corriente fuerte?	☐	Sí	☐	No
☐ Olas sobre 2 pies hasta 6 pies (*agitado*)	¿Aguas peligrosas? *(Ej. mareas fuertes, rápidos)*	☐	Sí	☐	No
☐ Olas sobre 6 pies *(muy agitado)*	¿Aguas congestionadas?	☐	Sí	☐	No

Reset

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)*

☐	Recreativo	☐	Comercial

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

☐	Pesca	☐	Caza	☐	Rafting en rápidos		
☐	Tubing	☐	Esquí acuático	☐	Descansando		
☐	Arrancar el motor	☐	Hacer reparaciones	☐	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 alcólicas	☐	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 máquinaria o equipo en su barco que contribuyeron a este accidente *(seleccione todos los que aplican)*

☐	Motor/maquinaría	☐	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
☐	Zozobrarse	☐	Persona dejó el barco voluntariamente	☐	Persona eléctrocutada
☐	Barco a tierra	☐	Persona arrojada del barco *(causado por maniobra o colisión)*		
☐	Hundirse	☐	Otro (*describa*):		

Reset

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 *ningun barco* (Ej. nadadores, personas en el muelle). Para reportar *más de una* persona lesionada, adjunte páginas adicionales al reporte. *Sí 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)*			
☐	Topó el *(Ej. agua, barco)*	☐	Rasguño/moretón	☐	Dislocación
☐	Fue golpeado por *(Ej. barco, hélice)*	☐	Herida	☐	Daño organo interno
☐	Fue expuesto a monóxido de carbono	☐	Torcedura/tension	☐	Amputación
☐	Recibió un choque eléctrico	☐	Conmoción cerebral/daño al cerebro	☐	Quemadura
☐	Otro (*describa*):	☐	Daño a la espina dorsal	☐	Otro (*describa*)
		☐	Hueso fracturado/quebrado		

¿Persona usando un salvavidas?	☐	Sí	☐	No	Parte del cuerpo seriamente lesionado *(Ej. cabeza/torso/pierna)*
¿Persona recibió más de primeros auxilios?	☐	Sí	☐	No	
¿Persona admitida al hospital?	☐	Sí	☐	No	

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

Sólo reporte personas muertas/desapareciadas dentro de o golpeadas o remolcadas por *su* barco. Sí hay más de una muerte/desaparición para reportar, adjunte copias adicionales de esta página. Sí *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)*	
☐	Topó el *(Ej. barco, agua)*	☐	Muerte - ahogado
☐	Fue golpeado por *(Ej. barco, hélice)*	☐	Muerte - otra posible causa (*describa*)
☐	Fue expuesto al envenenamiento de monóxido de carbono		
☐	Recibió un choque eléctrico	☐	Desaparecido aún no ha sido recobrado
☐	Otro (*describa*):	**¿Persona usando un salvavidas?**	☐ Sí ☐ No

Reset

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

Clase completada en seguridad de transporte en barcos *(seleccione todo lo que aplica)*

- ☐ Ninguna
- ☐ Curso por el Estado
- ☐ Curso del Auxiliar del USCG
- ☐ Curso del Escuadrón de Fuerza
- ☐ Por internet *(nombre de la organizacion responsable)*
- ☐ Otro (*describa*):

MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL OPERADOR

Abordo, antes del accidente, estaba el operador usando

Un salvavidas	☐	Sí	☐	No
Un interruptor de motor *(Acollador ó aparato inalámbrico)* sí es aplicable	☐	Sí	☐	No
Abordo, antes del accidente, estaba el operador usando: ¿Bebida alcohólica?	☐	Sí	☐	No
¿Drogas?	☐	Sí	☐	No
¿Operador fue arrestado por navegar bajo la influencia?	☐	Sí	☐	No
¿Reportes del tiempo fueron consultados antes del accidente?	☐	Sí	☐	No

EXPERIENCIA DEL OPERADOR

Experiencia operando esta clase de barco *(seleccione una)*

- ☐ 0 to 10 horas
- ☐ Sobre 10, hasta 100 horas
- ☐ Sobre 100, hasta 500 horas
- ☐ 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.
Sí 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)*	

Reset

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/SEXO/TELÉFONO

Fecha de nacimiento *(dd/mm/aaaa)*	Edad	Sexo		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 fuí un *(seleccione uno)*

	Otra persona abordo de *este* barco
	Testigo del accidente *no abordo* de *este* barco
	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.

Reset