

Formulario de inspecciones por departamento: identificación de peligros

_____ (Nombre del área o departamento)

Gerente o supervisor responsable: _____ Fecha: _____

Inspección realizada por: _____

Si ha habido lesiones o incidentes, asegúrese de concentrar la atención en ellos para prevenir otro evento.

| Indica la prioridad de las cosas o asuntos que necesiten atención 1 = Prioridad baja 2 = Prioridad media 3 = Prioridad alta (Dibuja un círculo alrededor de cualquier cosa de PELIGRO INMINENTE) | |
|--|--|
| MARCA LAS COSAS QUE NECESITEN ATENCIÓN | DESCRIBE LAS DEFICIENCIAS Y LAS ACCIONES NECESARIAS |
| SUPERFICIES DE TRABAJO Y DE PEATONES <input type="checkbox"/> Limpieza y orden <input type="checkbox"/> Pasillos <input type="checkbox"/> Salidas <input type="checkbox"/> Superficies de trabajo <input type="checkbox"/> Escalones y escaleras <input type="checkbox"/> Otros | |
| MAQUINARIA <input type="checkbox"/> Protección del punto de operación <input type="checkbox"/> Barreras y verjas o puerta <input type="checkbox"/> Conectores (<i>interlocks</i>) <input type="checkbox"/> Cierre y etiquetado <input type="checkbox"/> Otro | |
| ELÉCTRICO <input type="checkbox"/> Acceso al panel eléctrico <input type="checkbox"/> Circuitos marcados <input type="checkbox"/> Cables eléctricos <input type="checkbox"/> Interruptor de circuito sin/con conexión a tierra <input type="checkbox"/> Otro | |
| QUÍMICOS <input type="checkbox"/> Hojas SDS disponibles y organizadas <input type="checkbox"/> Etiquetar recipientes o envases <input type="checkbox"/> Almacén y organización <input type="checkbox"/> Cosas inflamables en recipientes y gabinetes aprobados y seguros. <input type="checkbox"/> Hay derrame o fuga <input type="checkbox"/> Cilindros o tanques seguros <input type="checkbox"/> Otro | |

Indica la prioridad de las cosas o asuntos que necesiten atención

1 = Prioridad baja | 2 = Prioridad media | 3 = Prioridad alta
(Dibuja un círculo alrededor de cualquier cosa de PELIGRO INMINENTE)

| MARCA LAS COSAS QUE NECESITEN ATENCIÓN | DESCRIBE LAS DEFICIENCIAS Y LOS ACCIONES NECESARIAS |
|--|--|
| <p>AMBIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Contaminantes aéreos<input type="checkbox"/> Riesgo de ingestión<input type="checkbox"/> Contacto con piel<input type="checkbox"/> Ruido<input type="checkbox"/> Temperatura<input type="checkbox"/> Iluminación<input type="checkbox"/> Ventilación<input type="checkbox"/> Equipo de protección personal<input type="checkbox"/> Otro | |
| <p>ERGONOMÍA</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Postura incómoda<input type="checkbox"/> Movimiento repetitivo<input type="checkbox"/> Trabajo excesivo<input type="checkbox"/> Presión al contacto<input type="checkbox"/> Diseño del área de trabajo<input type="checkbox"/> Otro | |
| <p>CONDUCTAS PELIGROSAS</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Bromas o payasadas<input type="checkbox"/> Levantamiento peligroso<input type="checkbox"/> Usar herramientas inapropiadas<input type="checkbox"/> Evitar dispositivos de seguridad<input type="checkbox"/> No usar PPE (equipo de protección personal)<input type="checkbox"/> Arriesgarse en general<input type="checkbox"/> Otro | |
| <p>RIESGOS ESPECÍFICOS DEL ÁREA</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> _____<input type="checkbox"/> _____<input type="checkbox"/> _____<input type="checkbox"/> _____<input type="checkbox"/> _____<input type="checkbox"/> _____ | |