|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del lugar y ubicación:** (escribe información aquí)**Tareas laborales / clasificaciones evaluadas:** (escribe información aquí) | **Nombre del asesor e información personal:** (escribe información aquí)**Fecha: (escribe información aquí)** |
| **Estado de condición:** **X:** Eficaz **NA:** No se aplica **IMP:** Necesita mejorar (escribe plan de acción) |
| **Factor de evaluación de exposición** | **Estado de condición** | **Descripción de plan de acción o esfuerzos de mitigación / modificaciones ya hechas incluyendo controles de ingeniería y controles administrativos** | **Persona responsable de dar seguimiento o administración de mitigación**  | **Fecha de cumplimiento**  |
| Teletrabajo disponible y recomendado |  | (escribe información aquí) | (escribe información aquí) | (escribe información aquí) |
| Distanciamiento físico  | Entre trabajadores: (trabajo rutinario y no rutinario)Entre todas las personas: (situaciones rutinarias y no rutinarias)Descripción de modificaciones para proveer distanciamiento |  | (escribe información aquí) | (escribe información aquí) | (escribe información aquí) |
| Cubrecaras, máscaras y protectores de cara | Tipos de cubrecaras, protectores de cara o máscaras para trabajadores |  | (escribe información aquí) | (escribe información aquí) | (escribe información aquí) |
| Nota: el uso de cubrecaras propias de trabajadores podría ser permitido. Si un trabajador elige usar una máscara con filtro u otro tipo de respirador como control de peligro, el trabajador debe recibir el Apéndice D, Uso Voluntario (de acuerdo con el Estándar de Protección Respiratoria 1910.134).  |
| Tipos de protectores de caras o respiradores durante el transporte o uso de vehiculos |  | (escribe información aquí) | (escribe información aquí) | (escribe información aquí) |
| Note: si los trabajadores usan respiradores, deben cumplir con el Estándar de Protección Respiratoria 1910.134. |
| Donde y cuando se requieren protectores de caras claramente identificados para trabajadores y otras persona |  | (escribe información aquí) | (escribe información aquí) | (escribe información aquí) |

|  |
| --- |
| **Estado de condición:** **X:** Eficaz **NA:** No se aplica **IMP:** Necesita mejorar (escribe plan de acción) |
| **Factor de evaluación de exposición** | **Estado de condición** | **Descripción de plan de acción o esfuerzos de mitigación / modificaciones ya hechas incluyendo controles de ingeniería y controles administrativos** | **Persona responsable de dar seguimiento o administración de mitigación** | **Fecha de cumplimiento** |
| Método de comunicación al trabajador sobre COVID-19 | Lugar del Aviso de Peligros de COVID-19 |  | (escribe información aquí)  | (escribe información aquí)  | (escribe información aquí)  |
| Señales y síntomas de COVID-19 |  | (escribe información aquí)  | (escribe información aquí)  | (escribe información aquí)  |
| Procedimientos para reportar síntomas de COVID-19 |  | (escribe información aquí)  | (escribe información aquí)  | (escribe información aquí)  |
| Opciones laborales durante cuarentena o aislamiento |  | (escribe información aquí)  | (escribe información aquí)  | (escribe información aquí)  |
| Procedimientos para que trabajadores reporten peligros de COVID-19 |  | (escribe información aquí)  | (escribe información aquí)  | (escribe información aquí)  |
| Controles implementados en el lugar de trabajo | Controles de ingeniería (por ejemplo: ventilación, filtros de HEPA, barreras o protectores, etc.) para reducir el riesgo de exposición |  | (escribe información aquí)  | (escribe información aquí)  | (escribe información aquí)  |
| Controles administrativos (por ejemplo: control del tráfico de peatones, turnos intercalados, etc.) para reducir el riesgo de exposición |  | (escribe información aquí)  |  (escribe información aquí)  |  (escribe información aquí)  |
| Métodos de sanidad | Métodos de limpieza implementados y frecuencia |  |  (escribe información aquí)  |  (escribe información aquí)  |  (escribe información aquí)  |
| Trabajadores tienen acceso a productos de limpieza o sanidad para higiene personal. |  |  (escribe información aquí)  |  (escribe información aquí)  |  (escribe información aquí)  |

|  |
| --- |
| **Estado de condición:** **X:** Eficaz **NA:** No se aplica **IMP:** Necesita mejorar (escribe plan de acción) |
| **Factor de evaluación de exposición** | **Estado de condición** | **Descripción de plan de acción o esfuerzos de mitigación / modificaciones ya hechas incluyendo controles de ingeniería y controles administrativos** | **Persona responsable de dar seguimiento o administración de mitigación** | **Fecha de cumplimiento** |
| Requisitos de industria y(o) factor específico repasados e incluidos en el entorno laboral Escribe cuál industria y(o) factor es incluido en este entorno laboral:Industria o factor: Choose an item.Industria o factor: Choose an item.Industria o factor: Choose an item.Industria o factor: Choose an item.Industria o factor: Choose an item.Industria o factor: Choose an item.Industria o factor: Choose an item. |  |  (escribe información aquí)  |  (escribe información aquí)  |  (escribe información aquí)  |
| Sitios de trabajo para múltiple empleadores | Descripción de procedimientos para la comunicación y coordinación entre todos los trabajadores y aquellos afectados |  |  (escribe información aquí)  |  (escribe información aquí) |  (escribe información aquí)  |
| Niveles de procedimientos para mitigación de riesgos | Resumen de niveles de procedimientos  |  |  (escribe información aquí) | (escribe información aquí) |  (escribe información aquí)  |