

**LESIÓN POSTERIOR A UN ACCIDENTE  
REUNIÓN DE REVISIÓN Y SEGURIDAD**

Lugar de la Reunión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Llevada a Cabo Por: \_\_\_\_\_

¿Dónde Ocurrió la Lesión? \_\_\_\_\_

¿Qué Estaba Haciendo el Empleado? \_\_\_\_\_

¿Cuál Fue la Causa Directa de la Lesión? \_\_\_\_\_

¿Cómo Podemos Evitar que se Produzcan Lesiones Similares? \_\_\_\_\_

**Asistentes (Indique los nombres de los empleados):**

Nombre de Empleado:	Firma:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Información del Empleado	
Nombre: _____ Posición: _____	Fecha de Inicio: _____ Gerente: _____
Políticas Revisadas	Entrenamiento Adicional
<input type="checkbox"/> Programa de Seguridad y Salud <input type="checkbox"/> Informes de Accidentes e Incidentes <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Derechos y Responsabilidades de Seguridad <input type="checkbox"/> Reglas de Seguridad de los Empleados <input type="checkbox"/> Equipo de Protección Personal <input type="checkbox"/> Prevención y Control de Riesgos <input type="checkbox"/> Mantenimiento de la Propiedad <input type="checkbox"/> Plan de Acción de Emergencia <input type="checkbox"/> Programa Disciplinario Progresivo <input type="checkbox"/> Hazcom	Nota: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

### Reconocimiento del Empleado

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Entrenador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**HOJA DE APROBACIÓN DE LA REUNIÓN DE SEGURIDAD**

Lugar de Reunión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Llevada a Cabo por: \_\_\_\_\_

Tema Discutido: \_\_\_\_\_

Sugerencias de Empleados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Asistentes (Indique los nombres de los empleados):**

Nombre de empleado:	Firma:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Este formulario es para artículos que no requieren una orden de trabajo**

Las pautas para el programa de seguridad de Frontline HRO incluyen la oportunidad para que todos los empleados hagan sugerencias y recomendaciones sobre seguridad y salud. Los empleados también pueden permanecer en el anonimato completando la parte de "Sugerencias/Comentarios" e insertando el formulario en el buzón de sugerencias de seguridad.

**Sugerencias/Comentarios:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Respuesta :**

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre (opcional): \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Firma (opcional): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Devuelva su formulario de sugerencias a Recursos Humanos con su nombre y departamento en caso de que se necesite una respuesta.**

Empresa Cliente: \_\_\_\_\_

Ubicación del Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Seguridad y Salud Generales**

1. ¿Se han realizado reuniones de seguridad? documentadas?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿Se ha completado la orientación de seguridad documentada para todos los empleados nuevos?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

3. ¿Se han identificado y documentado las violaciones de seguridad?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

4. ¿Se han corregido y documentado las infracciones?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

5. ¿Se han documentado los procedimientos de protección contra caídas específicos del trabajo?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Comunicación Peligrosa**

1. ¿Se ha completado la capacitación documentada para todos los empleados nuevos expuestos a materiales peligrosos?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿Se mantienen hojas MSDS/SDS para cada sustancia peligrosa utilizada?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

3. ¿Se almacenan todas las hojas MSDS/SDS en un área visible donde todos los empleados tienen acceso?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

4. ¿Se ha brindado capacitación cuando se introduce un producto?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

5. ¿Cada contenedor de una sustancia peligrosa está etiquetado con la identidad del producto y advertencias de peligro comunicar los peligros físicos y de salud específicos?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

### **Manejo y Almacenamiento de Materiales Peligrosos**

1. ¿Se almacenan, manipulan y utilizan los materiales inflamables y combustibles de acuerdo con prácticas seguras? y normas? Si no corresponde, salte la sección.  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿Se guardan chatarra, escombros y materiales de desecho combustibles, así como desechos de solventes y líquidos inflamables? en recipientes para residuos tapados y retirados del lugar de trabajo con prontitud?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

3. ¿Todos los contenedores están debidamente etiquetados?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

### **Equipo de Protección Personal (EPP)**

1. ¿Se ha realizado una evaluación documentada del lugar de trabajo para determinar qué EPP es necesario?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿Se ha proporcionado el EPP adecuado para cada empleado?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

3. ¿El PPE se almacena adecuadamente y se mantiene en condiciones limpias y sanitarias?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

4. ¿Se ha capacitado a los empleados sobre el EPP necesario para cada trabajo o tarea, cuándo se requiere y cómo ajustar correctamente?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

### Protección Para los Ojos

1. ¿Se proporcionan y se usan gafas protectoras o un protector facial donde existe el peligro de partículas voladoras o materiales corrosivos?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿Se requieren anteojos de seguridad aprobados para usarse en todo momento en áreas donde existe riesgo de lesiones oculares? Como pinchazos, abrasiones, contusiones o quemaduras?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

3. ¿Los empleados que requieren lentes correctivos también deben usar solo anteojos de seguridad aprobados, gafas protectoras u otra protección para los ojos médicamente aprobada?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

### Protección Para la Cabeza

1. ¿Se proporcionan y se usan cascos donde existe el peligro de caída de objetos?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿Se inspeccionan periódicamente los cascos para detectar daños en el armazón y la suspensión?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

### Protección Para los Pies

1. ¿Se requiere protección adecuada para los pies cuando existe el riesgo de lesiones en los pies por calor, corrosivos o venenosos? Sustancias, objetos que caen, resbalones y aplastamiento o acciones penetrantes?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

### Protección Contra Caídas

1. ¿Se ha provisto y usado protección contra caídas cuando las condiciones lo requieren?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿Se ha realizado una capacitación documentada sobre protección contra caídas?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

3. ¿Se han completado los requisitos de protección contra caídas específicos del trabajo antes de participar en las operaciones de techado?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

### Seguridad Contra Incendios

1. ¿Se colocan letreros de "Prohibido fumar" y se hacen cumplir las reglas de manera adecuada en áreas donde hay materiales inflamables o ¿Se utilizan o almacenan materiales combustibles?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿Se seleccionan y se proporcionan extintores de incendios para los tipos de materiales en las áreas donde se instalarán? ¿usó?  Sí  No  ND
- Clase A Incendios de materiales combustibles ordinarios.
  - Clase B Incendios de líquidos, gases o grasas inflamables.
  - Incendios de equipo eléctrico energizado Clase C.

Comentarios: \_\_\_\_\_

3. ¿Están instalados los extintores de incendios apropiados dentro de los 75 pies de las áreas exteriores que contienen líquidos inflamables, y 10 pies de cualquier área de almacenamiento interior para dichos materiales?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

4. ¿Los extintores de incendios están libres de obstrucciones o bloqueos?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

5. ¿Se revisan, mantienen y etiquetan todos los extintores a intervalos que no excedan de 1 año?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

6. ¿Están todos los extintores llenos y en sus lugares designados?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

### Herramientas y Equipos Eléctricos

1. ¿Están todas las herramientas y equipos utilizados por los empleados en buenas condiciones de trabajo?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿Todos los empleados están capacitados en los peligros causados por herramientas manuales defectuosas o mal utilizadas?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_



3. ¿Los bordes cortantes de las herramientas se mantienen afilados para que la herramienta corte suavemente sin atascarse ni saltar?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

4. ¿Todas las herramientas y el equipo están debidamente protegidos y se revisan los protectores con regularidad para garantizar que estén en buenas condiciones? ¿trabajando apropiadamente?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

5. ¿Están todos los cables conectados a las herramientas y equipos puestos a tierra de manera efectiva, en buenas condiciones y aprobados? ¿aislamiento doble?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Seguridad ELECTRICA**

1. ¿Los cables de extensión que se utilizan tienen un conductor de tierra?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿El cableado y los cables expuestos con el aislamiento deshilachado o deteriorado se reparan correctamente o se reemplazan de inmediato?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Ambiente de Trabajo General**

1. ¿Se mantiene el lugar de trabajo libre de escombros?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿Se mantienen las superficies para caminar libres de escombros?  Sí  No  ND

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Notas Generales:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Notas Generales cont.:**

---

---

---

---

---

**Inspección realizada por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del inspector:** \_\_\_\_\_