

CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE EQUIPO PROTECTIVO PERSONAL Y PELIGRO

Ojos ▪ Cara ▪ Manos-Brazos ▪ Pies-Piernas ▪ Cuerpo-Piel ▪ Respiratoria ▪ Oído

Nombre del Sitio de Trabajo: _____

Área(s) de Trabajo: _____

Trabajo/Tarea(s): _____

Evalución Conduido Por: _____

Firma: _____

Fecha de Evaluo: _____

OJOS

Actividades del Trabajo	Exposiciones Relacionados Con el Trabajo	Equipo de Protección Personal
<input type="checkbox"/> Uso de chorro abrasivo <input type="checkbox"/> Picar <input type="checkbox"/> Corta <input type="checkbox"/> Taladrar <input type="checkbox"/> Moler <input type="checkbox"/> Martillar	<input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> Matenimiento de jardines <input type="checkbox"/> Lijar <input type="checkbox"/> Aserrar <input type="checkbox"/> Soldar <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Polvo aerotransportado <input type="checkbox"/> Particulas en el aire <input type="checkbox"/> Salpicaduras de sangre <input type="checkbox"/> Químicos líquidos peligrosos <input type="checkbox"/> Luz intensa <input type="checkbox"/> Otros _____
		¿ Puede el Peligro ser eliminado sin el uso de EPP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no se puede: <input type="checkbox"/> Gafas de seguridad <input type="checkbox"/> Gafas de protección <input type="checkbox"/> Sombra/filtro # _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
		<input type="checkbox"/> Protectores laterales <input type="checkbox"/> Gafas contra polvo <input type="checkbox"/> Ecudo de soldar

CARA

Actividades del Trabajo	Exposiciones Relacionados Con el Trabajo	Equipo de Protección Personal
<input type="checkbox"/> Preparación de comida <input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> Mezclar <input type="checkbox"/> Pintar	<input type="checkbox"/> Limpiar con solventes <input type="checkbox"/> Soldar <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Calor o frio extremo <input type="checkbox"/> Químicos líquidos peligrosos <input type="checkbox"/> Irritantes potenciales _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
		¿ Puede el Peligro ser eliminado sin el uso de EPP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no se puede: <input type="checkbox"/> Protector de el Rostro <input type="checkbox"/> Sombra/filtro # _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
		<input type="checkbox"/> Escudo de soldar

CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE EQUIPO PROTECTIVO PERSONAL Y PELIGRO

Ojos ▪ Cara ▪ Manos-Brazos ▪ Pies-Piernas ▪ Cuerpo-Piel ▪ Respiratoria ▪ Oído

CABEZA		
Actividades del Trabajo	Exposiciones Relacionados Con el Trabajo	Equipo de Protección Personal
<input type="checkbox"/> Mantenimiento de edificios <input type="checkbox"/> Operaciones en espacios confinados <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Trabajo de caminos <input type="checkbox"/> Cableado de electricidad	<input type="checkbox"/> Caminar/trabajar abajo de la pasera <input type="checkbox"/> Caminar/trabajar bajos cargas de gruas <input type="checkbox"/> Trabajo en utilidades <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Vigas <input type="checkbox"/> Tuberia <input type="checkbox"/> Cables / componentes eléctricos expuestos <input type="checkbox"/> Caída de objetos <input type="checkbox"/> Partes de máquinas <input type="checkbox"/> Otro _____
		¿ Puede el Peligro ser eliminado sin el uso de EPP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no se puede: Casco Protectorio: <input type="checkbox"/> Objetos cayendo o volando sin contacto electric <input type="checkbox"/> Casco <input type="checkbox"/> Contacto eléctrico (<600v) <input type="checkbox"/> Red para cabello <input type="checkbox"/> Contacto Eléctrico(> 600v) <input type="checkbox"/> Gorra blanda <input type="checkbox"/> Gorra Antigolpes <input type="checkbox"/> Otro _____ (no aprobado por ANSI)

MANOS-BRAZOS		
Actividades del Trabajo	Exposiciones Relacionados Con el Trabajo	Equipo de Protección Personal
<input type="checkbox"/> Mantenimiento de edificios <input type="checkbox"/> Uso de computadora <input type="checkbox"/> Preparación de comida <input type="checkbox"/> Moler <input type="checkbox"/> Martilleo <input type="checkbox"/> Servicios de cuidado de salud <input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> Uso de cuchillo <input type="checkbox"/> Mantenimiento de jardines <input type="checkbox"/> Manejar materiales <input type="checkbox"/> Lijar <input type="checkbox"/> Aserrar <input type="checkbox"/> Soldar <input type="checkbox"/> Trabajar con vidrio <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Peligros biológicos (insectos,yervas venenosos, etc) <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Calor o frio extremo <input type="checkbox"/> Químicos irritantes <input type="checkbox"/> Raspado, moratones or cortada por herramienta o materiales <input type="checkbox"/> Otro _____
		¿ Puede el Peligro ser eliminado sin el uso de EPP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no se puede, utiliza: Guantes: <input type="checkbox"/> Contra químicas <input type="checkbox"/> Contra resvalones <input type="checkbox"/> Contra liquidos <input type="checkbox"/> Mangas protectivas <input type="checkbox"/> Contra temperatura <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Contra cortadas/ raspadas

CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE EQUIPO PROTECTIVO PERSONAL Y PELIGRO

Ojos ▪ Cara ▪ Manos-Brazos ▪ Pies-Piernas ▪ Cuerpo-Piel ▪ Respiratoria ▪ Oído

PIES-PIERNAS																
Actividades del Trabajo	Exposiciones Relacionados Con el Trabajo	Equipo de Protección Personal														
<input type="checkbox"/> Mantenimiento de edificios <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Trabajo de caminos <input type="checkbox"/> Demolición <input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> Mantenimiento de Jardines	<input type="checkbox"/> Plomeria <input type="checkbox"/> Apertura de zanjas <input type="checkbox"/> Uso de materiales flamables <input type="checkbox"/> Soldar <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Atmósferas explosivas <input type="checkbox"/> Cables/ componentes eléctricos expuestos <input type="checkbox"/> Equipo pesado <input type="checkbox"/> Superficies resvalosos <input type="checkbox"/> Herramienta <input type="checkbox"/> Otro _____														
		¿ Puede el Peligro ser eliminado sin el uso de EPP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no se puede, utiliza: Botas/ Zapatos de Seguridad: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> Anti-resvalones resiste quimicos</td> <td style="width: 40%;"><input type="checkbox"/> Polainas de Protección</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Contra químicas</td> <td><input type="checkbox"/> Chaparreras</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anti-Eléctricos</td> <td><input type="checkbox"/> Protectores de Pie-Pierna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Contra frio/calor</td> <td><input type="checkbox"/> Other _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Protección metatarsiano</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Contra la punción</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Protección de dedos</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Anti-resvalones resiste quimicos	<input type="checkbox"/> Polainas de Protección	<input type="checkbox"/> Contra químicas	<input type="checkbox"/> Chaparreras	<input type="checkbox"/> Anti-Eléctricos	<input type="checkbox"/> Protectores de Pie-Pierna	<input type="checkbox"/> Contra frio/calor	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Protección metatarsiano		<input type="checkbox"/> Contra la punción		<input type="checkbox"/> Protección de dedos	
<input type="checkbox"/> Anti-resvalones resiste quimicos	<input type="checkbox"/> Polainas de Protección															
<input type="checkbox"/> Contra químicas	<input type="checkbox"/> Chaparreras															
<input type="checkbox"/> Anti-Eléctricos	<input type="checkbox"/> Protectores de Pie-Pierna															
<input type="checkbox"/> Contra frio/calor	<input type="checkbox"/> Other _____															
<input type="checkbox"/> Protección metatarsiano																
<input type="checkbox"/> Contra la punción																
<input type="checkbox"/> Protección de dedos																

CUERPO-PIEL										
Actividades del Trabajo	Exposiciones Relacionados Con el Trabajo	Equipo de Protección Personal								
<input type="checkbox"/> Preparación de comida <input type="checkbox"/> Cargar baterías	<input type="checkbox"/> Limpieza con solventes <input type="checkbox"/> Aserrar <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Salpicaduras químicas <input type="checkbox"/> Calor o frio extremo <input type="checkbox"/> Orillas ásperas o filosas <input type="checkbox"/> Otro _____								
		¿ Puede el Peligro ser eliminado sin el uso de EPP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no se puede, utiliza: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> Delantal</td> <td style="width: 40%;"><input type="checkbox"/> Impermeables</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Traje de cuerpo</td> <td><input type="checkbox"/> Cuero para Soldadura</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Overoles</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chamara, chaleco</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Delantal	<input type="checkbox"/> Impermeables	<input type="checkbox"/> Traje de cuerpo	<input type="checkbox"/> Cuero para Soldadura	<input type="checkbox"/> Overoles	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Chamara, chaleco	
<input type="checkbox"/> Delantal	<input type="checkbox"/> Impermeables									
<input type="checkbox"/> Traje de cuerpo	<input type="checkbox"/> Cuero para Soldadura									
<input type="checkbox"/> Overoles	<input type="checkbox"/> Otro _____									
<input type="checkbox"/> Chamara, chaleco										

CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE EQUIPO PROTECTIVO PERSONAL Y PELIGRO

Ojos ▪ Cara ▪ Manos-Brazos ▪ Pies-Piernas ▪ Cuerpo-Piel ▪ Respiratoria ▪ Oído

PROTECCIÓN RESPIRATORIA		
Actividades del Trabajo	Exposiciones Relacionados Con el Trabajo	Equipo de Protección Personal
<input type="checkbox"/> Lijar/Moler <input type="checkbox"/> Pintar <input type="checkbox"/> Soldadura <input type="checkbox"/> Manejar <input type="checkbox"/> Manejar cáusticos <input type="checkbox"/> Barrer/Sacudir <input type="checkbox"/> Pesticidas y fertilizantes	<input type="checkbox"/> Soplar Ojas <input type="checkbox"/> Limpiar con Solventes <input type="checkbox"/> Aserrar Madera <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Polvo molesto (no peligroso) <input type="checkbox"/> Polvo y partículas peligrosas <input type="checkbox"/> Vapores <input type="checkbox"/> Humos de metal <input type="checkbox"/> Other _____
		<p>¿ Se puede el peligro sin el uso de EPP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si no se puede, ¿es posible el uso voluntarioso de una mascarilla N95 o R95? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
		<p>Si no, contacte ehsih@ucsd.edu para opciones de respiradores incluyendo purificación de aire y respiradores proveídos.</p>

PROTECCIÓN AUDITORIA		
Actividades del Trabajo	Exposiciones Relacionados Con el Trabajo	Equipo de Protección Personal
<input type="checkbox"/> Herramienta eléctrica <input type="checkbox"/> Herramienta neumáticas <input type="checkbox"/> Ganadería <input type="checkbox"/> Acceso a CUP	<input type="checkbox"/> Acceso a los túneles de equipo <input type="checkbox"/> Equipos de jardinería <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Ruido continuo <input type="checkbox"/> Sonidos Fuertes intermitentes <input type="checkbox"/> Otro _____
		<p>¿ Se puede el peligro sin el uso de EPP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si no se puede, utiliza:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Tapones del oído <input type="checkbox"/> Canals del oído <input type="checkbox"/> Cinta para la cabeza </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Orejeras <input type="checkbox"/> Tapones de oído personalizados </div> </div>
		<p>Comuníquese con ehsih@ucsd.edu con preguntas sobre ruidos o evaluación</p>