

Trabajo / dirección: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_

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

Cuadrilla en el sitio: \_\_\_\_\_

**Al empezar el día**

|                                                         | Sí                       | No                       | N/A                      | Foto # |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| La cuadrilla sabe el trabajo de hoy y sus riesgos       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Botiquín completo; extintor cargado                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Se sabe dónde está la clínica o el hospital más cercano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Clima revisado: calor, viento, lluvia, rayos            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |

**Caídas**

|                                            | Sí                       | No                       | N/A                      | Foto # |
|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| Bordes y aberturas protegidos desde 6 pies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Arneses, cuerdas y anclajes revisados      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Huecos y tragaluces tapados o protegidos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |

**Escaleras**

|                                               | Sí                       | No                       | N/A                      | Foto # |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| Sobre suelo firme y nivelado; altura correcta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| 3 pies por encima del descanso, amarrada      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Revisada; sin rieles ni peldaños dañados      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |

**Electricidad**

|                                                 | Sí                       | No                       | N/A                      | Foto # |
|-------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| GFCI en la corriente temporal y las extensiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Cables y herramientas sin daños                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Líneas eléctricas aéreas ubicadas y a distancia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Circuitos bloqueados antes de trabajar en ellos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |

**Herramientas y protección**

|                                            | Sí                       | No                       | N/A                      | Foto # |
|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| Guardas puestas en sierras y esmeriladoras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Protección de ojos, oídos y manos en uso   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Casco donde pueden caer cosas              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Mascarilla o respirador donde haga falta   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |

**Orden y limpieza**

|                                       | Sí                       | No                       | N/A                      | Foto # |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| Pasillos y escaleras despejados       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Escombros al contenedor o al conducto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Materiales apilados y asegurados      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Clavos y restos recogidos             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |

| Al terminar el día                                     | Sí                       | No                       | N/A                      | Foto # |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| Escaleras bajadas o aseguradas; herramientas guardadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <hr/>  |
| Techos abiertos cubiertos con lona; huecos tapados     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <hr/>  |
| Sitio cerrado al público                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <hr/>  |