

LISTA DE CONTROL PARA INSPECCIONES



Ejemplo de lista de control para inspecciones de seguridad

Lugar de trabajo:

Fecha:

Inspeccionado por:

Cada respuesta "No" podría indicar un problema.

- | Sí | No | PISOS Y PASILLOS |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los pasillos y las escaleras se mantienen sin obstrucciones? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hay cubetas y trapeadores disponibles para limpiar los derrames con el fin de que nadie se resbale? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se utilizan tapetes antideslizantes, rejillas o recubrimientos antideslizantes en áreas mojadas para prevenir las caídas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Las escaleras tienen pasamanos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Las alfombras y los tapetes representan un posible riesgo de tropiezos? |
| Sí | No | ESCALERAS Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Las escaleras apropiadas para el trabajo están disponibles y se encuentran en buenas condiciones? ¿Se inspeccionan antes de cada uso? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Las escaleras tienen patas de seguridad? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se utilizan escaleras que no sean de metal cuando hay una posibilidad de descarga eléctrica? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se capacitó a los trabajadores de mantenimiento, los conserjes y otros trabajadores con respecto a la seguridad de las escaleras según se necesita? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si se realizan tareas en una ubicación del trabajo elevada (mayor a 30 pulgadas o 48 pulgadas si la plataforma no es parte del edificio), ¿hay barandales de seguridad instalados? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los miembros del personal tienen acceso a taburetes cuando los necesitan?
¿Se instruyó al personal para que no se pare en superficies o muebles que no sean seguros? |

- | Sí | No | SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hay al menos dos salidas de emergencia en cada edificio? (Consulte a su departamento de bomberos local para conocer sus recomendaciones). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Las salidas de emergencia están claramente señalizadas y las rutas de evacuación son claras? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se indicó a los empleados qué deben hacer en caso de un incendio u otra emergencia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hay extintores del tipo correcto en cada área de trabajo o cerca de ellas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Las ubicaciones de los extintores están señalizadas claramente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los extintores tienen etiquetas de inspección actualizadas y se inspeccionan visualmente cada mes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si los empleados están autorizados para utilizar extintores portátiles, ¿se ha capacitado a estos empleados sobre su uso? (Se requiere una capacitación anual para todos los empleados que estén autorizados para utilizar los extintores portátiles). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El sistema de alarma contra incendios y el sistema de aspersores se prueban regularmente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hay simulacros de incendio regularmente? |

- | Sí | No | RIESGOS ELÉCTRICOS |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se enseñó a los empleados que utilizan maquinaria cómo reconocer cuando una máquina ha sido asegurada y etiquetada (energía eléctrica apagada, bloqueada y máquina etiquetada)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los cables eléctricos están en buenas condiciones (no desgastados ni defectuosos)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Las herramientas eléctricas y demás equipo se encuentran en buenas condiciones? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Todo el equipo eléctrico, incluidas las herramientas eléctricas, está conectado a tierra de manera adecuada? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hay suficientes contactos de modo que no tengan que utilizarse extensiones? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los cables se mantienen fuera de las áreas donde una persona podría tropezarse con ellos o donde podrían sufrir daños? |

- | Sí | No | ILUMINACIÓN |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hay una iluminación adecuada en todo el lugar de trabajo, incluidas las áreas exteriores? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Las áreas alrededor de las máquinas están bien iluminadas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los pasillos exteriores y los estacionamientos cuentan con una iluminación adecuada por la noche? |

**Sí No SEGURIDAD MECÁNICA Y DE LAS MÁQUINAS**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Las máquinas están bien aseguradas al piso? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Las máquinas tienen seguros? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha indicado a los empleados que reporten los seguros faltantes de las máquinas a sus supervisores? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los empleados saben cómo apagar las máquinas en caso de emergencia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha capacitado a los empleados sobre cómo trabajar de manera segura alrededor de las máquinas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los interruptores de paro de emergencia son fáciles de ubicar e identificar y los empleados saben dónde están? |

Sí No OTROS ASUNTOS DE SEGURIDAD

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Las superficies calientes se protegen para prevenir el contacto accidental? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los objetos filosos se almacenan adecuadamente para que no constituyan un peligro? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los muebles y el equipo están sujetos o tienen seguros sísmicos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los estantes están fijados a las paredes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Existe un sistema de seguridad que brinde protección contra los intrusos que podrían cometer un asalto en el lugar de trabajo? |

Sí No RIESGOS QUÍMICOS

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Las sustancias químicas (incluidos los pesticidas, los solventes y los productos de limpieza) están adecuadamente etiquetados y almacenados? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los líquidos inflamables y combustibles dentro de los edificios se almacenan en gabinetes de líquidos inflamables? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha realizado un inventario de las sustancias tóxicas que se usan en el lugar de trabajo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se han obtenido hojas de datos de seguridad de materiales SDS antes llamadas (Material Safety Data Sheets, MSDS) para todos los químicos que utiliza? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha realizado un monitoreo para asegurar que los niveles de exposición se encuentren dentro de los límites legales? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los registros de los resultados del monitoreo están disponibles para los empleados? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se dice a los empleados dónde se guardan las hojas de datos de seguridad de materiales sobre las sustancias químicas? |

- ¿Hay una ventilación adecuada para mantener los niveles de polvo, vapores, gases y humos lo más bajos posible?
- ¿Se proporcionan sistemas de ventilación de escapes locales (como extractores) en las estaciones de trabajo donde se utilizan sustancias químicas tóxicas y se prueban regularmente?
- ¿Se ha llevado a cabo una capacitación anual para los empleados que utilizan sustancias químicas?

Sí No RIESGOS BIOLÓGICOS, SANEAMIENTO Y LIMPIEZA

- ¿Se proporcionan instalaciones sanitarias adecuadas y se mantienen en buenas condiciones?
- ¿Hay lavabos con agua caliente y fría y toallas de manos desechables?
- ¿Los insectos y roedores están adecuadamente controlados?
- ¿Hay áreas para comer limpias y separadas de las áreas de trabajo y de almacenamiento de sustancias químicas?
- ¿Hay suficientes contenedores de basura y están bien mantenidos, son a prueba de goteos y se vacían regularmente?

Sí No PELIGROS ERGONÓMICOS

- ¿Los empleados pueden obtener ayuda cuando levantan objetos que pesan más de 30 libras (conforme a la recomendación del Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional [National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH])?
- ¿Se ha capacitado a los empleados con respecto a los métodos apropiados para levantar objetos?
- ¿Hay dispositivos de levantamiento mecánico disponibles si se necesitan?
- ¿Las tareas laborales que requieren hacer movimientos repetitivos se varían o rotan?
- ¿Las estaciones de trabajo con computadoras están configuradas para evitar posturas incómodas y satisfacer las necesidades individuales de los trabajadores?
- ¿Los empleados pueden evitar estar de pie o sentados durante largos periodos de tiempo?



- | Sí | No | RUIDO |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los empleados consideran que los niveles de ruido son cómodos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Existe un programa para la reducción del ruido? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los trabajadores saben cuándo y dónde es necesaria la protección auditiva? |

- | Sí | No | EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (PPE) |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se proporciona equipo de protección personal (personal protective equipment, PPE) según se necesita (overoles, guantes, protección ocular, respiradores, tapones para los oídos, etc.)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los trabajadores que utilizan el PPE recibieron capacitación con respecto a su uso apropiado? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El PPE se limpia, mantiene y almacena apropiadamente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hay varios tamaños de PPE disponibles para adecuarse a diferentes trabajadores? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si se utilizan respiradores, ¿se han hecho pruebas de talla a los trabajadores y se les ha dado capacitación con respecto a los elementos del Programa de Protección Respiratoria escrito? |

Además de realizar un recorrido de inspección para identificar los riesgos posibles, también puede buscar los siguientes problemas generales del lugar de trabajo.

- | Sí | No | ASUNTOS GENERALES DEL LUGAR DE TRABAJO |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El lugar de trabajo tiene un Programa de Prevención de Enfermedades y Lesiones (Injury and Illness Prevention Program, IIPP) conforme a los requisitos de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (California Occupational Safety and Health Administration, Cal/OSHA) y se ha identificado a una persona responsable? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Todos los empleados han recibido capacitación de salud y seguridad? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hay una persona en el lugar de trabajo que esté capacitada en primeros auxilios y resucitación cardiopulmonar (RCP)? ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hay un Plan de Acción de Emergencia escrito y todos los empleados han sido capacitados sobre qué hacer durante una emergencia? |