



FORMULARIO DE ANALISIS DE PELIGRO DE TRABAJO(JHA)

Complete con el equipo de trabajo antes de comenzar el trabajo

(1) INFORMACION DE EMPLEO			
Fecha:	Nombre del trabajo:	Numero del trabajo:	Nombre de compania:
Nombre del Supervisor:		Numero de contacto:	

(2) TAREA *Para articulos adicionales ver pagina 2	
Que trabajo haras hoy?	Que pasos tomara para realizar la tarea de manera segura?

(3) EQUIPOS/HERRAMIENTAS

Herramientas de mano:	Tipo de escalera:	<input type="checkbox"/> Escalera de marco A
Equipo Motorizado:		<input type="checkbox"/> Exextension

(4) EXPOSICION EN EL LUGAR DE TRABAJO

Identificación de peligros: Los artículos que se comprueban a continuación se relacionan con las condiciones existentes o pueden ser el resultado de las operaciones del sitio.

Peligros fisicos		Peligros para la salud
<input type="checkbox"/> Espacio confinado	<input type="checkbox"/> Peligros para levantar	<input type="checkbox"/> Exposicion quimica / Revision SDS
<input type="checkbox"/> Se requiere permiso de Paso confinado	<input type="checkbox"/> Sobrecarga	<input type="checkbox"/> Estres frio
<input type="checkbox"/> Electrico	<input type="checkbox"/> Punto de pellizco	<input type="checkbox"/> Estres por calor
<input type="checkbox"/> Plataformas de trabajo elevadas	<input type="checkbox"/> Resbalones, tronpessos, caidas	<input type="checkbox"/> Alto ruido (>85 dBA)
<input type="checkbox"/> Elevacion/ terreno del sitio	<input type="checkbox"/> Golpeado por/ Contacto con	<input type="checkbox"/> Exposicion de Silica (Cemento/ Cortando roca)
<input type="checkbox"/> Caidas desde elevaciones	<input type="checkbox"/> Utilidades subterranas	<input type="checkbox"/> Tensiones/Esguinces
<input type="checkbox"/> Peligros de incendio/trabajo caliente	<input type="checkbox"/> Trafico de vehiculos	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Equipo Pesado	<input type="checkbox"/> Otro:	

(5) MEDIDAS DE CONTROL DE PELIGROS

PPE y equipos de monitoreo	Inspecciones (Completar todo antes de usarlo)	Practicas de seguridad	Permiso Requerido
<input type="checkbox"/> Proteccion de Brazos	<input type="checkbox"/> Cable de extension	<input type="checkbox"/> Monitoreo de aire	
<input type="checkbox"/> Proteccion del Oido	<input type="checkbox"/> GFCI	<input type="checkbox"/> Barricadas, senales de advertencia	
<input type="checkbox"/> Proteccion facial	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> Espacio confinado	
<input type="checkbox"/> Proteccion contra caidas	<input type="checkbox"/> Escaleras	<input type="checkbox"/> Trabajo electrico	
<input type="checkbox"/> Proteccion de pies	<input type="checkbox"/> Equipos Motorizados	<input type="checkbox"/> Excavaciones y proteccion de trinches	
<input type="checkbox"/> Proteccion de las manos	<input type="checkbox"/> EPP	<input type="checkbox"/> Proteccion de caidas	
<input type="checkbox"/> Casco de seguridad	<input type="checkbox"/> Aparejo	<input type="checkbox"/> Ascensores criticos	
<input type="checkbox"/> Respirator	<input type="checkbox"/> Andamio	<input type="checkbox"/> Bloqueo/salida	
<input type="checkbox"/> Gafas de seguridad	<input type="checkbox"/> Lineas de etiqueta	<input type="checkbox"/> Observador de equipos moviles	
<input type="checkbox"/> Chaleco de seguridad	<input type="checkbox"/> Herramienta/Equipos	<input type="checkbox"/> Control de trafico	
<input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Soldadura	
		<input type="checkbox"/> Otro:	

Firmas

He leído y entiendo este análisis de riesgos laborales. Estoy de acuerdo en cumplir con todas las precauciones y procedimientos de seguridad para completar este trabajo de manera segura.

Imprimir Nombre:	Firma:	Especificar la formación de los empleados (ver sección 5)
<i>Ex. John Doe</i>	<i>John Doe</i>	<i>Proteccion contra caidas, Abanderado</i>