



La Revisión del Plan para la Prevención de Enfermedades y Lesiones



**Lista de
Verificación**

Índice

Sitio de Trabajo en General	3
Componente Administrativo	3
Componente de Documentación y Reporte	3
Componente de Análisis	4
Componente de la Capacitación de Salud y Seguridad	4
Componente de Auditoría/Inspección	6
Componente de la Investigación de Incidentes	6
Revisión Periódica y Componentes de la Revisión	7
Componente de Acciones Correctivas	7

Lista de Verificación para la Revisión del Plan para la Prevención de Enfermedades y Lesiones

(Una respuesta negativa a cualquier pregunta indica un área de preocupación en la seguridad o la salud.)

Nombre de la Compañía: _____

Dirección del Sitio de Trabajo: _____

Supervisor: _____

Fecha/Hora: _____

Inspector(es): _____

Nota: Esta lista de verificación no pretende reemplazar las listas de verificación de inspección de seguridad ya existentes. Esta es una guía general para evaluar y personalizar el plan para la prevención de incidentes de su organización.

Sitio de Trabajo en General

- | Sí | No | N/A | Fecha de Corrección | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 1. ¿Están los posters y formularios de la Administración de la Seguridad y Salud Ocupacional (Occupational Safety and Health Administration – OSHA, por su nombre y siglas en inglés) puestos a la vista en lugares prominentes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 2. ¿Están puestos a la vista en los lugares adecuados los avisos y advertencias de seguridad? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 3. ¿Están puestos a la vista los números de los teléfonos de emergencia donde éstos puedan ser encontrados fácilmente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 4. ¿Se cuenta con un botiquín de primeros auxilios, y está abastecido de manera adecuada? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 5. ¿Están identificadas y puestas a la vista las rutas de evacuación en casos de emergencia? |

Componente Administrativo

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 1. ¿Existe una declaración por escrito de la política de seguridad? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 2. ¿Es firmada la declaración de la política por el personal administrativo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 3. ¿Se les proporciona a los nuevos empleados una copia de la política? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 4. ¿Son responsables las personas del desarrollo, implementación y cumplimiento del plan para la prevención de incidentes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 5. ¿Son asignadas las responsabilidades y la autoridad del empleado y el supervisor? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 6. ¿Se ha establecido un equipo de seguridad para monitorear el programa de seguridad y salud? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 7. ¿Existe un procedimiento establecido para manejar las quejas de seguridad y salud de los empleados? |

Componente de Documentación y Reporte

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 1. ¿Se mantienen los formularios OSHA 300/301 según lo requerido? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 2. ¿Existen procedimientos para mantener los registros? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | a. Inspecciones de seguridad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | b. Informes de las reuniones de seguridad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | c. Investigación de incidentes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | d. Simulacros de respuesta a emergencias |

Componente de Documentación y Reporte (cont.)

- | Sí | No | N/A | Fecha de Corrección | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 3. ¿Están los expedientes médicos de los empleados vigentes y en conformidad con las normas de OSHA? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 4. ¿Se mantienen registros de los empleados que han sido expuestos a sustancias peligrosas o a agentes físicos dañinos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 5. ¿Se mantienen registros de la capacitación de los empleados y están disponibles para ser examinados? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 6. ¿Se mantienen los registros por el periodo de tiempo que es requerido por la ley? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 7. ¿Están vigentes los permisos y los registros? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 8. ¿Cuenta la persona responsable con un título de trabajo que incluya el mantenimiento de los registros? |

Componente de Análisis

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 1. ¿Se ha llevado a cabo un análisis de la seguridad en el trabajo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 2. ¿Se ha llevado a cabo un análisis de tendencia (trend analysis, por su nombre en inglés)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 3. ¿Existe un marco de tiempo establecido para el análisis (mensual, trimestral, semestral, anual)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 4. ¿Se mantienen y están vigentes los análisis? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 5. ¿Es revisada la documentación del programa de seguridad para asegurarse que esté completa? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 6. ¿Son corregidas las discrepancias cuando son identificadas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 7. ¿Coinciden los registros con la información del reporte de pérdidas de la aseguradora? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 8. ¿Está al corriente el programa de seguridad de todas las operaciones del empleador así como las actividades de los empleados? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 9. ¿Ha sido revisada la documentación del programa de prevención de incidentes para asegurarse que esté completa? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 10. ¿Se ha designado a una persona responsable para realizar el análisis? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 11. ¿Se han llevado a cabo evaluaciones de los peligros? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 12. ¿Están vigentes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 13. ¿Se han establecido controles? |

Componente de la Capacitación de Salud y Seguridad

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 1. ¿Han recibido los nuevos empleados capacitación de orientación? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 2. ¿Participan los empleados en reuniones de seguridad que se programan regularmente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 3. ¿Proporciona recursos la administración y participa en la capacitación de los empleados? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 4. ¿Han recibido y documentado los empleados la capacitación que es requerida en los siguientes puntos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | a. Peligros en el área de trabajo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | b. Plan de acción en caso de emergencias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | c. Operación del equipo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | d. Equipo de protección personal |

Componente de la Capacitación de Salud y Seguridad (cont.)

Sí	No	N/A	Fecha de Corrección	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	e. Ubicación y uso del equipo de emergencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	f. Comunicación de peligros y hojas de datos de seguridad (Safety Data Sheets – SDS, por su nombre y siglas en inglés)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	g. Conservación de la capacidad auditiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	5. ¿Reciben todos los empleados capacitación de repaso por lo menos una vez al año?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	6. ¿Se le ha designado la responsabilidad a una persona para llevar a cabo la capacitación?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	7. ¿Han recibido los empleados instrucciones sobre los procedimientos para reportar condiciones inseguras, equipo defectuoso, y actos peligrosos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	8. ¿Han recibido instrucciones los supervisores sobre la investigación de incidentes y la reducción de peligros?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	9. ¿Han recibido los empleados la capacitación que es requerida por OSHA, según sea necesario, en los siguientes temas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	a. Plan de acción en caso de emergencias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	b. Plan para la prevención de incendios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	c. Operación de los elevadores motorizados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	d. Protección para los oídos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	e. Radiación ionizante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	f. Almacenamiento de líquidos inflamables y combustibles
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	g. Explosivos o sustancias explosivas detonantes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	h. Almacenamiento y manejo del gas licuado de petróleo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	i. Proceso de la gestión de seguridad de los químicos altamente peligrosos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	j. Operaciones de desechos peligrosos y respuesta a emergencias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	k. Protección respiratoria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	l. Rótulos y etiquetas para la prevención de accidentes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	m. Permiso requerido para los espacios reducidos o limitados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	n. Control de la energía peligrosa – bloqueo/etiquetado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	o. Servicios médicos y primeros auxilios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	p. Brigadas contra incendios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	q. Extintores de fuego portátiles
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	r. Sistema de los extintores de fuego
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	s. Mantenimiento de los rines para llantas con múltiples piezas y de una sola pieza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	t. Vehículos industriales motorizados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	u. Prensas mecánicas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	v. Soldadura
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	w. Prácticas de trabajo relacionadas con la seguridad eléctrica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	x. Sustancias tóxicas y peligrosas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	y. Patógenos transmitidos por la sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	z. Comunicación sobre los peligros

Componente de Auditoría/Inspección

- | Sí | No | N/A | Fecha de Corrección | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 1. ¿Existen inspecciones regulares que son programadas y llevadas a cabo respecto a los siguientes puntos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | a. Escaleras |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | b. Estaciones para el lavado de ojos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | c. Establecimientos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | d. Ubicaciones de los sitios de trabajo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | e. Vehículos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | f. Equipo y herramientas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | g. Equipo de protección personal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | h. Gestiones de limpieza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 2. ¿Está vigente la inspección de los equipos para la supresión de incendios? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 3. ¿Se cuenta con equipo disponible de primeros auxilios? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 4. ¿Es suministrado adecuadamente el equipo para la eliminación de objetos punzantes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 5. Si no se encuentra cerca un establecimiento médicos o de primeros auxilios, ¿está al menos un empleado en cada turno que esté capacitado para suministrar primeros auxilios? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 6. ¿Existe personal médico fácilmente disponible para proporcionar asesoramiento y consulta? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 7. ¿Existen duchas rápidas y estaciones para el lavado de ojos en los lugares donde se manejan líquidos o materiales corrosivos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 8. ¿Se utilizan listas de verificación cuando se lleva a cabo una inspección? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 9. ¿Se han establecido procedimientos para garantizar que las deficiencias en las inspecciones sean corregidas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 10. ¿Se le ha designado la responsabilidad a una persona para que lleve a cabo las inspecciones? |

Componente de la Investigación de Incidentes

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 1. ¿Se han establecido guías para la investigación de los incidentes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 2. ¿Son asignadas las responsabilidades para todas las fases del proceso de investigación? |
| | | | _____ | a. ¿Quién es responsable de llevar a cabo las investigaciones? |
| | | | _____ | b. ¿Quién completa los expedientes y los registros? |
| | | | _____ | c. ¿Qué formularios son usados? |
| | | | _____ | d. ¿Quién completa el reporte de la investigación del incidente? |
| | | | _____ | e. ¿Quién asegura que las medidas correctivas sean aplicadas y efectivas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 3. ¿Son investigados todos los incidentes y los accidentes fallidos (near misses, por su nombre en inglés)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 4. ¿Son implementadas las recomendaciones para la investigación de incidentes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 5. ¿Está capacitado el personal involucrado en el proceso de investigación en las técnicas y procedimientos de investigación? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 6. ¿Se le ha designado la responsabilidad a una persona para que lleve a cabo las investigaciones? |

Revisión Periódica y Componentes de la Revisión

Sí No N/A Fecha de Corrección

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 1. | ¿Es revisado su plan para la prevención de incidentes al menos una vez al año? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 2. | ¿Son documentados y compartidos los resultados con el personal directivo, supervisores, y con los empleados? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 3. | ¿Se utilizan servicios profesionales de seguridad u otras fuentes en la revisión o actualización de su programa de seguridad? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 4. | ¿Quién lleva a cabo la revisión? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 5. | ¿Existen procedimientos de seguimiento? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 6. | ¿Se le ha designado la responsabilidad a una persona para que lleve a cabo las revisiones? |

Componente de Acciones Correctivas

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|----|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 1. | ¿Ha descubierto deficiencias en su plan para la prevención de enfermedades y lesiones durante esta revisión? De ser así, ¿ha propuesto usted acciones correctivas, las ha programado, y ha descrito sus planes en documentos adjuntos? |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|----|--|

Este documento fue producido por la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation – DWC, por su nombre y siglas en inglés) y se considera exacto al momento de su publicación.

Para obtener más publicaciones gratuitas de DWC sobre este y otros temas de seguridad y para préstamos gratuitos de materiales audiovisuales de seguridad y salud ocupacional, visite www.txsafetyatwork.com, llame al (800) 252-7031, opción 2, o envíe un correo electrónico a resourcecenter@tdi.texas.gov.