

ANEXO 1. FORMATO DE TARJETA STOP

EL CICLO DE OBSERVACIÓN DE LA SEGURIDAD STOP™			
<div>DECIDA ↓ DETENGASE ↓ OBSERVE ↑ ACTÚE ↑ REPORTE</div>			
LISTA DE REVISIÓN DE AUDITORIAS STOP™			
Marque si <input checked="" type="checkbox"/> hay algo inseguro	Marque si todo es <input checked="" type="checkbox"/> seguro	Marque si <input checked="" type="checkbox"/> hay algo inseguro	Marque si todo es <input checked="" type="checkbox"/> seguro
Reacciones de las Personas <input type="checkbox"/>		Equipo de Protección Personal <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ajustar el Equipo de Protección Personal <input type="checkbox"/> Cambiar de posición <input type="checkbox"/> Reorganizar el trabajo <input type="checkbox"/> Dejar de hacer el trabajo <input type="checkbox"/> Asociar causas y efectos <input type="checkbox"/> Dejar el sitio de trabajo <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		Revisión de la Cabeza a los Pies <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Ojos y cara <input type="checkbox"/> Oídos <input type="checkbox"/> Sistema respiratorio <input type="checkbox"/> Brazos y manos <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Piernas y pies <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
Posiciones de las Personas <input type="checkbox"/>		Herramientas y Equipo <input type="checkbox"/>	
Causas de Lesión <input type="checkbox"/> Golpear o ser golpeado por un objeto <input type="checkbox"/> Quedar atrapado dentro, sobre o entre objetos <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Contacto con temperaturas extremas <input type="checkbox"/> Contacto con corriente eléctrica <input type="checkbox"/> Inhalación, absorción o ingestión de sustancias peligrosas <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos <input type="checkbox"/> Posiciones incómodas o posturas estáticas <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Son adecuadas para el trabajo <input type="checkbox"/> Son utilizados correctamente <input type="checkbox"/> Están en condición segura <input type="checkbox"/> _____	
		Procedimientos <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Están Disponibles <input type="checkbox"/> Son Adecuados <input type="checkbox"/> Son Conocidos <input type="checkbox"/> Son Comprendidos <input type="checkbox"/> Son Seguidos <input type="checkbox"/> _____	
		Estándares de Orden y Limpieza <input type="checkbox"/>	
		Son: <input type="checkbox"/> Conocidos <input type="checkbox"/> Comprendidos <input type="checkbox"/> Seguidos <input type="checkbox"/> _____	

Llenar este Reporte de Observación

Condiciones

- Herramientas y equipo
- Estructuras y áreas de trabajo
- Medio ambiente
- Orden y limpieza

- Actos seguros observados
- Acciones iniciadas para promover el desempeño seguro

- Actos inseguros observados
- Acción correctiva inmediata
- Acción para prevenir la repetición

Prohibida su copia

Nombre

Turno

Area

Fecha

Si desea obtener copias adicionales de esta tarjeta de observación de seguridad STOP™ envíe un mensaje a la siguiente dirección de correo electrónico: CEAC@mex.dupont.com

Copyright © 2004 E. I. du Pont de Nemours and company. STOP™ y el logo STOP™ son marcas registradas de DuPont.

D 12362278