

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ORIENTACIÓN EN SEGURIDAD PARA EMPLEADOS NUEVOS

DECLARACIÓN DEL PROPÓSITO

Este formulario sirve como una guía para especialistas en proceso de incorporación. Nos ayuda a garantizar que todos los empleados-propietarios nuevos reciban y entiendan toda la información necesaria durante la orientación. Esta lista de verificación se debe completar antes de que un empleado-propietario comience a trabajar.

Ítem	Inicial
01 Yo, empleado-propietario, he recibido el Programa de gestión de la seguridad.	01
02 He revisado: <ul style="list-style-type: none"> • el Programa de gestión de la seguridad; • los requisitos generales de seguridad y salud para el empleado; • la política y el procedimiento disciplinarios. 	02
03 Entiendo los requisitos de la capacitación de 10 horas de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA).	03
04 Tengo conocimiento: <ul style="list-style-type: none"> A de cómo informar de condiciones poco seguras; B de qué hacer en caso de una lesión en el trabajo; C de cuándo y dónde se hacen las reuniones de seguridad laboral; D de las expectativas del Equipo de protección personal (PPE); <ul style="list-style-type: none"> • El casco, las botas de trabajo, los chalecos de seguridad y los lentes/las antiparras de seguridad son PPE obligatorios. • Los guantes y la protección auditiva son PPE obligatorios, específico de una tarea. • Se ofrece PPE (casco, lentes de seguridad, chalecos, guantes y protección auditiva) al empleado-propietario. • de que el equipo de protección personal no es negociable; E de que el uso del cinturón de seguridad es obligatorio; F del plan de emergencia/de evacuación en caso de incendio; G de las técnicas para levantar peso adecuadas y de la importancia del acondicionamiento de la espalda; H de la Política de comunicación de peligros de la OSHA y de la capacitación ofrecida. 	04 A B C D E F G H

Por el presente reconozco que recibí información sobre los temas mencionados arriba durante mi orientación y que entiendo esta información.

Nombre del empleado-propietario

Firma del empleado-propietario

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre del representante de Recursos Humanos

Firma del representante de Recursos Humanos

Fecha (MM/DD/AAAA)