Fall Protection Training Verification Form — Spanish

CÓMO USAR LA HERRAMIENTA

Nombre del trabajador

Adapte este formulario a su programa de salud y a los requisitos de las leyes de salud aplicables al EPP. Utilícelo para documentar que usted ha proporcionado entrenamiento de protección contra caídas a los trabajadores, qué cubrió ese entrenamiento y que los trabajadores entendieron su entrenamiento y demostraron cómo usar el equipo en el que fueron entrenados. Conserve estos formularios completos en caso de que su entrenamiento en protección contra caídas sea cuestionado.

Número de identificación del trabajador:
Título del trabajo / Área de trabajo:
Nombre del entrenador (persona que completa este formulario):
Fecha de entrenamiento:
Tipos de sistemas, equipos y dispositivos de protección contra caídas que los trabajadores están siendo entrenados para utilizar:

Verificación de la Capacidad

En la sesión de capacitación se trató la siguiente información y

capacitación sobre los equipos de protección contra caídas enumerados anteriormente y el trabajador ha demostrado capacidad en estas áreas:
□Los peligros a los que se enfrenta el trabajador, los tipos de equipo de protección contra caídas que debe utilizar para protegerse contra estos peligros y la forma en que el equipo protegerá al trabajador mientras realiza sus tareas.
□Las limitaciones de los sistemas, equipos y dispositivos de protección contra caídas que se utilizarán.
□Cuando el trabajador debe llevar o usar el equipo.
□Cómo utilizar el equipo adecuadamente en el trabajo, incluyendo seleccionarlo, ponérselo, quitárselo y usarlo y ajustarlo (si corresponde) para un ajuste cómodo y efectivo.
□Cómo cuidar, mantener e inspeccionar adecuadamente el equipo de protección contra caídas: buscar signos de desgaste, limpiar y desinfectar, y cuándo y cómo desechar y reemplazar el equipo.
Nota para el trabajador: Este formulario formará parte de su expediente personal. Por favor, lea y entienda su contenido antes de firmar.
(Trabajador) Entiendo el entrenamiento que he recibido, y puedo usar el equipo de protección contra caídas adecuadamente.
Firma del trabajador Fecha

□El trabajador ha mostra	ado una comprensión del entrenamiento.
□El trabajador ha demo protección contra caídas	strado la habilidad de usar el equipo de correctamente.
Firma del trabajador Fecha	