



Mi seguridad es mi futuro **¿Estoy Seguro?**

	Sí	No
Máquinas peligrosas		
Yo nunca limpio o chequeo una máquina a menos que esté bloqueada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si veo que a una máquina le falta un resguardo o protección, siempre lo reporto inmediatamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo evito / soy consciente de que el pelo suelto y la ropa me podían tirar en una máquina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Químicos		
Yo nunca mezclo amoníaco y lejía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo nunca uso químicos sin entrenamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo nunca uso químicos que no tienen etiqueta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo sé que podría morir por los vapores en un espacio confinado, y por eso nunca entro hasta que haya recibido entrenamiento de espacios confinados y he comprobado que mi compañero de trabajo esta afuera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pisos resbalosos, tropezones y caídas		
Mi empleador siempre tiene los pisos limpios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si veo cualquier liquido o material resbaladizo en el piso, yo informo a mi supervisor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si veo que falta una rejilla o que está fuera de lugar, yo informo a mi supervisor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantillas		
Para proteger mi espalda, me pongo plantillas cuando estoy de pie por períodos largos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevención de lesiones paralizantes y/o permanentes a mis manos, hombros y espalda		
Yo conozco los factores de riesgo de lesiones paralizantes por movimientos repetitivos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fuerza, repetición, frio, vibración, postura incómoda.		
Yo nunca ignoro las señales de advertencia de mi cuerpo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dolor, hormigueo, entumecimiento, dificultad de dormir, hinchazón, inflamación.		
Antes y después de trabajar, me aseguro de hacer ejercicios de estiramiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si mi cuchillo no se mantiene afilada, hablo con mi supervisor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy consciente de que trabajando muy cerca de mis compañeros aumenta el riesgo de que mi compañero que está a mi lado pueda cortarme y tengo el derecho de informar preocupaciones de mi seguridad a mi supervisor y a OSHA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Estoy Seguro?

Sí No

Arreglando los problemas de seguridad, manteniendo seguro mi cuerpo y a mis compañeros de trabajo

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Yo reporto mis preocupaciones a mi supervisor por escrito y guardo una copia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mantengo un diario de mis preocupaciones, acciones y la respuesta de mi empleador. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si mis preocupaciones de seguridad no se arreglan, yo reporto el problema a OSHA. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si estoy castigado por haberme lesionado o por haber reportado alguna situación de seguridad, llamo inmediatamente a OSHA (dentro de los primeros 30 días). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si hay una amputación, hospitalización, o la perdida de un ojo en el trabajo, mi empleador debe de informar a OSHA inmediatamente. De lo contrario, yo también puedo informar a OSHA. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bajo la ley de Nebraska, yo tengo el derecho de ver a mi médico si...

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ...he tendido un chequeo con mi médico familiar para establecer mi propio médico antes de que me lesione. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...y si escogo a ese médico en el momento de mi lesión. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Además, sé que si me lesiono en el trabajo, debe de ser cubierto por la compensación de trabajadores, no por mi propio seguro médico. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Este material fue producido bajo el subsidio número #SH-26281-SH4 de la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos. No necesariamente reflejan las opiniones o políticas del Departamento del Trabajo; en caso de mencionar los nombres de productos comerciales u organizaciones, no implica la aprobación por parte del gobierno.