

**Permiso de acceso a espacios reducidos**

No se debe acceder en ningún espacio reducido mientras no se haya llenado, revisado y firmado este permiso.

**Este permiso debe permanecer en el lugar de trabajo hasta que se termine la tarea.**

Supervisor: Cancele los permisos finalizados. Archívelos durante un año más el año en curso.

Edificio o área		Fecha (válido <b>solo para este día</b> )
Nombre del espacio	Fecha y hora de emisión del permiso	Fecha y hora de cancelación del permiso

Tareas a realizar

Riesgos, comentarios, condiciones especiales del acceso (tales como el Permiso de trabajo a temperaturas altas), etc.

**Firmas**

Certifico que el presente permiso es preciso y que se han satisfecho todas las condiciones indicadas.

Firma del supervisor	Fecha	Firma de la persona que realiza las pruebas	Fecha
----------------------	-------	---	-------

Certifico que he sido instruido sobre la manera apropiada y segura de acceder a espacios reducidos y que comprendo mis deberes.

Firma del acompañante	Firma del participante autorizado
-----------------------	-----------------------------------

Firma del acompañante	Firma del participante autorizado
-----------------------	-----------------------------------

Firma del supervisor del acceso

**Deben cumplirse las condiciones siguientes antes de firmar el presente permiso.**

- |   |   |  |   |                                 |
|---|---|--|---|---------------------------------|
| 1. Se han sellado las tuberías peligrosas, y las de gas, vapor, solventes y agua.                                     | <input type="checkbox"/> Sí               | <input type="checkbox"/> No corresponde  |   |                                 |
| 2. Se ha limpiado, lavado y vaciado el lugar.   | <input type="checkbox"/> Sí               | <input type="checkbox"/> No es necesario |   |                                 |
| 3. Se han bloqueado y etiquetado los interruptores.   | <input type="checkbox"/> Sí               | <input type="checkbox"/> No corresponde  |   |                                 |
| 4. Se ha revisado el área cercana en busca de factores de riesgo.   | <input type="checkbox"/> Sí               | <input type="checkbox"/> No es necesario |   |                                 |
| 5. Se ha alertado a los empleados del área inmediata.   | <input type="checkbox"/> Sí               | <input type="checkbox"/> No es necesario |   |                                 |
| 6. Se dispone de un sistema de ventilación mecánica.  | <input type="checkbox"/> Sí               | <input type="checkbox"/> No es necesario |   |                                 |
| 7. Solo ventilación natural.  | <input type="checkbox"/> Sí               | <input type="checkbox"/> No corresponde  |   |                                 |
| 8. Se requiere el uso de respirador.<br>En caso afirmativo, en el lugar debe haber un equipo autónomo de respiración. | <input type="checkbox"/> Sí               | <input type="checkbox"/> No es necesario |   |                                 |
| 9. Se requieren prendas protectoras.<br>En caso afirmativo, indicar cuáles: _____                                     | <input type="checkbox"/> Sí               | <input type="checkbox"/> No es necesario |   |                                 |
| 10. El empleado lleva un arnés sujeto a una cuerda salvavidas.  | <input type="checkbox"/> Sí, es necesario |  |   |                                 |
| 11. Hay una escalera de mano en el lugar de trabajo.  | <input type="checkbox"/> Sí               | <input type="checkbox"/> No es necesario | <input type="checkbox"/> Aluminio                                   | <input type="checkbox"/> Madera |
| 12. Se requiere equipo eléctrico de bajo voltaje.   | <input type="checkbox"/> Sí               | <input type="checkbox"/> No es necesario |   |                                 |
| 13. Se requiere un equipo de comunicaciones.  | <input type="checkbox"/> Sí               | <input type="checkbox"/> No es necesario |   |                                 |
| 14. El lugar de trabajo dispone de linterna, cuerda salvavidas y arnés de seguridad.                                  | <input type="checkbox"/> Sí, es necesario |  |   |                                 |
| 15. Se ha asignado un acompañante y se le ha capacitado debidamente.  | <input type="checkbox"/> Sí, es necesario |  |   |                                 |
| 16. Se pedirá ayuda o se dará la alarma mediante:   | <input type="checkbox"/> Sirena           | Número de teléfono: _____                | Fecha   | Hora                            |
| 17. Se ha realizado una prueba de deficiencia de oxígeno.   | <input type="checkbox"/> Sí, es necesario | % de O <sub>2</sub> _____                |   |                                 |
| 18. Se ha realizado una prueba de vapores combustibles.   | <input type="checkbox"/> Sí               | <input type="checkbox"/> No corresponde  | % de concentración con respecto al límite inferior explosivo: _____ | PPM: _____                      |
| 19. Se ha realizado una prueba de presencia de monóxido de carbono o gases tóxicos                                    | <input type="checkbox"/> Sí               | <input type="checkbox"/> No corresponde  |   |                                 |