

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

**Sí**      **No**

**Máquinas peligrosas**

- Yo nunca limpio o chequeo una máquina a menos que esté bloqueada.
- Si veo que a una máquina le falta un resguardo o protección, siempre lo reporto inmediatamente.
- Yo evito / soy consciente de que el pelo suelto y la ropa me podían tirar en una máquina.

**Químicos**

- Yo nunca mezclo amoníaco y lejía.
- Yo nunca uso químicos sin entrenamiento.
- Yo nunca uso químicos que no tienen etiqueta.
- 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.

**Pisos resbalosos, tropezones y caídas**

- Mi empleador siempre tiene los pisos limpios.
- Si veo cualquier liquido o material resbaladizo en el piso, yo informo a mi supervisor.
- Si veo que falta una rejilla o que está fuera de lugar, yo informo a mi supervisor.

**Plantillas**

- Para proteger mi espalda, me pongo plantillas cuando estoy de pie por períodos largos.

**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:
- fuerza, repetición, frio, vibración, postura incómoda.
- Yo nunca ignoro las señales de advertencia de mi cuerpo:
- dolor, hormigueo, entumecimiento, dificultad de dormir, hinchazón, inflamación.
- Antes y después de trabajar, me aseguro de hacer ejercicios de estiramiento.
- Si mi cuchillo no se mantiene afilada, hablo con mi supervisor.
- 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.

## ¿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 pérdida 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.*