

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL TRABAJADOR

Fecha de entrenamiento: _____ Ubicación del entrenamiento: _____

Para las siguientes preguntas, marque con un círculo UNA respuesta.

1. Las palabras de señal en etiquetas de pesticidas le indican la probabilidad de que el pesticida lo enferme.

CIERTO  FALSO  NO ESTOY SEGURO 

2. Lavarse las manos antes de comer, beber, fumar, usar el baño o usar su teléfono celular NO lo ayudará a protegerse de la exposición a los pesticidas.

CIERTO  FALSO  NO ESTOY SEGURO 


3. Debe enjuagar el pesticida de su piel u ojos inmediatamente si está expuesto a pesticidas.

CIERTO  FALSO  NO ESTOY SEGURO 

4. ¿Fue nueva para usted la información en este entrenamiento?

SI  MAS O MENOS  +  NO 

5. Después de este entrenamiento, ¿hará algo diferente para ayudar a proteger su seguridad y salud en el trabajo, o la salud de su familiar en el trabajo?

SI  NO  NO ESTOY SEGURO 

Si la respuesta es SÍ, ¿qué harás de manera diferente o cambiarás?

6. ¿Cuál fue la información más importante que aprendió hoy?

7. ¿Tiene alguna pregunta o comentario sobre los temas o el entrenamiento de hoy?