Inspección del botiquín de primeros auxilios

Fecha _____ **Sitio o lugar** _____

Ubicación o número del botiquín _____ **Revisado por** _____

Tipo de botiquín o lista que se usó _____ **Próxima revisión** _____

El botiquín

	Pasa	Falla	N/A
El botiquín está en su lugar y fue fácil de encontrar	☐	☐	☐
La caja está limpia, seca y sin daño	☐	☐	☐
La caja está cerrada, con el sello o el seguro intacto	☐	☐	☐
El botiquín está marcado para que la gente lo encuentre	☐	☐	☐
No hay nada en el botiquín que no sea de primeros auxilios	☐	☐	☐

El contenido

	Pasa	Falla	N/A
La lista de inventario está dentro del botiquín y al día	☐	☐	☐
El contenido coincide con la lista del sitio	☐	☐	☐
No falta nada ni se acabó nada	☐	☐	☐
Nada está vencido	☐	☐	☐
Los empaques están sellados y sin daño	☐	☐	☐
Los artículos están ordenados para encontrarlos rápido	☐	☐	☐
Todo lo que se reemplazó se anota abajo	☐	☐	☐

Acceso y personas

	Pasa	Falla	N/A
Nada bloquea el camino al botiquín	☐	☐	☐
La cuadrilla sabe dónde está el botiquín	☐	☐	☐
Los nombres de las personas capacitadas en primeros auxilios están a la vista cerca del botiquín	☐	☐	☐
Los teléfonos de emergencia y la dirección del sitio están a la vista cerca del botiquín	☐	☐	☐
El lavaojos u otro equipo de la estación se revisa aparte, si lo tienen	☐	☐	☐

Defectos encontrados y acción tomada

_____

_____

_____

¿Se sacó de servicio? ☐ Sí ☐ No **Reportado a** _____

Firma del inspector _____ **Fecha** _____

Revisión del supervisor _____ **Fecha** _____