

SAMPLE  
**WRITTEN SAFETY  
AND HEALTH  
PROGRAM**

MODELO  
**PROGRAMA ESCRITO  
DE SEGURIDAD  
Y SALUD**

(ENGLISH & SPANISH / INGLÉS Y ESPAÑOL)

**Forest Activities  
Actividades de Forestación**



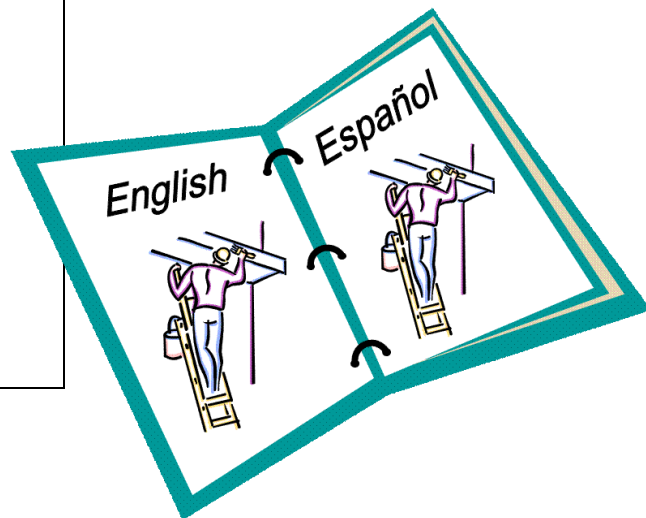
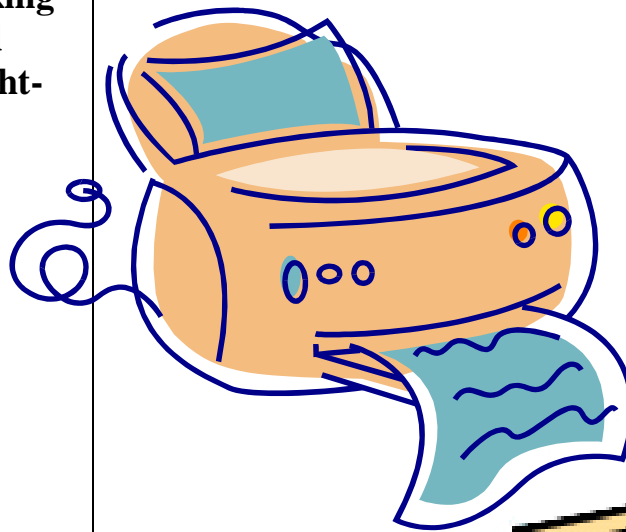
**May 9, 2012**

**This program is designed so that both English and Spanish-speaking people can use it. The left-sided pages are in English and the right-sided pages are in Spanish.**

**Step 1-** Print all the pages

**Step 2 -** Photocopy all the pages on both sides. The even pages will be in English and the odd pages will be in Spanish.

**Step 3 -** Staple or bind the program on the side.

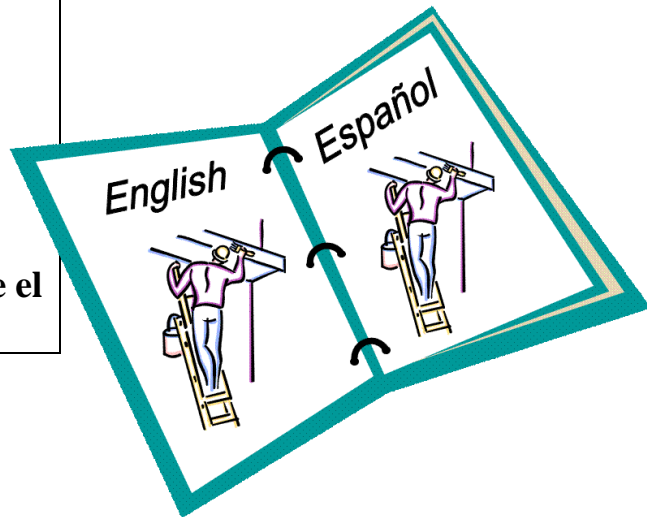
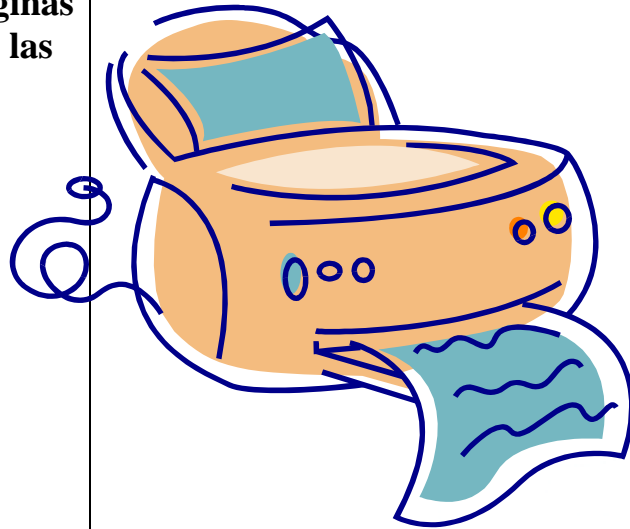


Este programa esta diseñado para que personas de habla inglés y español lo puedan usar. Las páginas del lado izquierdo van en inglés, las páginas del lado derecho van en español.

**Paso 1** - Imprima todas las páginas.

**Paso 2** - Fotocopie todas las páginas por los dos lados. Las páginas pares estarán en inglés y las páginas nones estarán en español.

**Paso 3** - Engrape o encuaderne el programa por el costado.



# WRITTEN SAFETY AND HEALTH PROGRAM

## PURPOSE

This safety and health program for \_\_\_\_\_ will  
company name  
help ensure the safety and health of our employees and that all applicable safety and health rules are followed.

## PERSONS RESPONSIBLE

\_\_\_\_\_ makes the following persons responsible  
company name  
for supervising employees working on company worksites and enforcing this safety and health program:

_____	_____
name of person	job title
_____	_____
name of person	job title
_____	_____
name of person	job title
_____	_____
name of person	job title
_____	_____
name of person	job title

These persons' responsibilities include requiring all employees to follow all training, instruction, and safety and health rules. They are responsible to periodically assess the safety performance of all employees and to implement \_\_\_\_\_ 's disciplinary policy. (See sample

company name  
Disciplinary Policy in Appendix A.)

# PROGRAMA ESCRITO DE SEGURIDAD Y SALUD

## PROPÓSITO

Este programa de seguridad y salud para la \_\_\_\_\_  
nombre de la compañía  
ayudará a proteger la seguridad y la salud de nuestros empleados y a que se sigan  
todas las reglas de seguridad y salud.

## PERSONAS RESPONSABLES

\_\_\_\_\_ nombra a las siguientes personas como  
nombre de la compañía  
las responsables de la supervisión de empleados que laboran en sitios de trabajo de  
la compañía y del cumplimiento de este programa de seguridad y salud:

_____ nombre de la persona	_____ posición
_____ nombre de la persona	_____ posición
_____ nombre de la persona	_____ posición
_____ nombre de la persona	_____ posición
_____ nombre de la persona	_____ posición

Las responsabilidades de estas personas incluyen el requerir que todos los empleados sigan todo el entrenamiento, las instrucciones, y las reglas de seguridad y salud. Son responsables de evaluar periódicamente el desempeño de seguridad de todos los empleados y de poner en efecto la política de disciplina de la

\_\_\_\_\_. (Ver modelo de Política  
nombre de la compañía  
Disciplinaria en el Apéndice A.)

## **MEETINGS**

Safety Meetings will be held once a month with all employees. On each new job that lasts more than one day, a pre-work safety meeting will be held with the employees at the new job site to review the emergency medical plan, site conditions, and hazards.

Written minutes and attendance records of these meetings will be made available to all employees and kept for three (3) years.

## **EMPLOYEE INVOLVEMENT**

Employees shall be encouraged to participate in site planning and the pre-work safety meeting to discuss site conditions and known hazards.

Employees shall be encouraged to report safety and health hazards and if they are qualified, to take action to eliminate the hazards.

Note: Workers are qualified if the employer determines they have the knowledge and skills to perform tasks and eliminate the hazards safely.

## **INVESTIGATIONS**

\_\_\_\_\_ will investigate every employee fatal and  
recordable injury to take the action needed to keep them from happening again.  
company name

These investigations will be written and kept for three (3) years. (See sample Investigation Form in Appendix B.) Employees and supervisors must report near-misses to determine what can be done to prevent them from happening again. The written investigations and the near-misses will be talked about with the employees in the monthly safety meeting or the pre-work meeting.

## **REUNIONES**

Reuniones de Seguridad se llevarán acabo una vez al mes con todos los empleados. Previo al comienzo de labores en cada contrato nuevo que dura más de un día, se llevará a cabo una reunión de seguridad con los empleados en el nuevo sitio de trabajo, para repasar el plan de emergencia, las condiciones del sitio, y los peligros.

Apuntes de la reunión y un registro de asistencia de estas reuniones se harán disponibles a todos los empleados y se archivarán por tres (3) años.

## **PARTICIPACIÓN DE LOS EMPLEADOS**

A los empleados se les alentará a participar en la planeación del sitio y la reunión de seguridad previo al comienzo de labores para discutir las condiciones del sitio y peligros reconocidos.

A los empleados se les alentará a reportar peligros de seguridad y salud y si están cualificados, a tomar acción para eliminar los peligros.

Nota: Los empleados están cualificados si el patrón determina que tienen los conocimientos y la habilidad para llevar a cabo funciones y eliminar los peligros de manera segura.

## **INVESTIGACIONES**

\_\_\_\_\_ investigará cada muerte de un trabajador  
nombre de la compañía  
y lesión registrable para tomar la acción necesaria para que éstas no vuelvan a pasar.

Estas investigaciones se harán por escrito y se archivarán por tres (3) años. (Ver modelo de Formulario para Investigaciones en el Apéndice B.) Empleados y supervisores deberán reportar los cuasi accidentes para determinar que se puede hacer para que no vuelvan a pasar. Las investigaciones por escrito se discutirán con los empleados durante las reuniones mensuales de seguridad o en la reunión previo a empezar a trabajar.

## **INSPECTIONS**

At least once a month, an inspection will be done of all worksites, vehicles, machines, equipment, and work practices. A safety survey will be done of each new work site that lasts more than one day. All employees will be instructed that they must report hazards. (See sample Hazard Identification and Correction Form in Appendix C.)

The following persons are responsible for doing these inspections, and making sure hazards that are found are corrected:

_____	_____
name of person	job title
_____	_____
name of person	job title
_____	_____
name of person	job title

## **TRAINING**

All \_\_\_\_\_ employees will be trained so they can safely perform their job duties. The following qualified persons are responsible to evaluate employees before they start working to determine what training and instruction they need:

_____	_____
name of person	job title
_____	_____
name of person	job title
_____	_____
name of person	job title

These persons are also responsible to determine if employees can work safely before they are allowed to work independently.



## INSPECCIONES

Por lo menos una vez al mes, se llevará a cabo una inspección de todos los sitios de trabajo, vehículos, máquinas, equipo, y prácticas de trabajo. Se hará una evaluación de seguridad en cada sitio nuevo de trabajo que dura más de un día. Se les instruirá a todos los empleados que deberán reportar peligros. (Ver modelo de Formulario de Identificación y Corrección de Peligros en el Apéndice C.)

Las siguientes personas son las responsables de hacer las inspecciones, y de asegurarse que los peligros que se encuentren se corrijan:

_____	_____
nombre de la persona	posición
_____	_____
nombre de la persona	posición
_____	_____
nombre de la persona	posición

## ENTRENAMIENTO

Todos los empleados de \_\_\_\_\_ serán entrenados  
nombre de la compañía  
para que puedan cumplir sus obligaciones de una manera segura. Las siguientes personas calificadas serán las responsables de evaluar a los empleados antes de que empiecen a trabajar para determinar que entrenamiento e instrucciones necesitan:

_____	_____
nombre de la persona	posición
_____	_____
nombre de la persona	posición
_____	_____
nombre de la persona	posición

Estas personas también son responsables de determinar si empleados puede trabajar de manera segura antes de que se le permita trabajar independientemente.

## **TRAINING (continued)**

They must also assess employees periodically at work to see if additional training is needed. When new safety and health hazards are found at the worksite,

\_\_\_\_\_ will provide additional

company name

training/instruction to employees to protect them from those hazards. The training will be in a language they understand. (See sample Employee Training Guideline in Appendix D.)

The required sections for Forest Activities work are at:

[http://orsha.org/subjects/forest\\_activities.html](http://orsha.org/subjects/forest_activities.html). (English page link or by contacting Oregon OSHA. See contact page Appendix I.) For reforestation work, the sections for employee training are:

- C – Planning, First Aid, and Work Conditions
- D – Personal Protective Equipment and Programs
- E – Tool, Fire Extinguishers
- F – Roads, Flagging, Vehicles, and Flammables
- N – Wildland Fire Suppression and Prescribed Fire

\_\_\_\_\_ will maintain documentation of training

company name

(See model Employee Training Forms Appendix E and F.)

## **ANNUAL PROGRAM EVALUATION**

\_\_\_\_\_ will review this safety and health

company name

program annually to identify and correct program deficiencies. (See model Annual Program Evaluation Form in Appendix G) Three (3) years of annual evaluations will be maintained.

## **OTHER REQUIREMENTS**

Appendix H outlines preserving physical evidence at the scene of an accident.

Appendix I outlines reporting fatalities and hospitalizations to Oregon OSHA.

## **ENTRENAMIENTO (continuación)**

También deberán evaluarlos periódicamente mientras trabajan para ver si necesitan más entrenamiento. Cuando se descubran peligros de seguridad y salud en el sitio de trabajo, la \_\_\_\_\_ proporcionará entrenamiento o  
nombre de la compañía  
instrucción adicional a los empleados para protegerlos de esos peligros. El entrenamiento será en un idioma que ellos entienden. (Ver modelo de Lineamientos Para Entrenamiento de Empleados en el Apéndice D.)

Las secciones requeridas para Actividades Forestales se encuentran: [http://orosh.org/subjects/forest\\_activities.html](http://orosh.org/subjects/forest_activities.html) (Enlace a página en inglés o comunicándose con Oregon OSHA. Ver página de contactos en el Apéndice I.) Para trabajo de reforestación, las secciones de entrenamiento para empleados son:

- C – Planeación, Primeros Auxilios, Condiciones Laborales
- D – Equipo de Protección Individual y Programas
- E – Herramienta, Extinguidor de Incendio
- F – Caminos, Señalamiento, Vehículos, e Inflamables
- N – Supresión de Incendios en Despoblados e Incendios Prescritos

\_\_\_\_\_ guardará archivos del entrenamiento  
nombre de la compañía  
(Ver modelos de Formularios para Entrenamiento de Empleados Apéndices E y F.)

## **EVALUACIÓN ANUAL DE PROGRAMA**

\_\_\_\_\_ revisará este programa de seguridad y  
nombre de la compañía  
salud anualmente para identificar y corregir deficiencias. (Ver modelo de Evaluación Anual del Programa en el Apéndice G) Se archivarán tres (3) años de revisiones anuales.

## **OTROS REQUISITOS**

El Apéndice H delinea como preservar las pruebas físicas el lugar de un accidente.

El Apéndice I delinea como reportar muertes y hospitalizaciones a Oregon OSHA.

## APPENDIX A – SAMPLE DISCIPLINARY POLICY

NOTE: *These disciplinary measures are provided as a sample disciplinary policy only. It is your responsibility to develop and implement a policy that fits your company's needs. You may want to seek legal advice before instituting an employee disciplinary policy.*

### Disciplinary Policy

The safety of our employees is very important. We are committed to providing our employees adequate safety and health training as explained in our written safety and health program. Therefore, to prevent accidents or unsafe conditions and behaviors, it is our policy to strictly and uniformly enforce safety and health rules.

Violations of safety and health rules will have these consequences:

- 1st VIOLATION: Verbal/Written Warning
- 2nd VIOLATION: Written Warning
- 3rd VIOLATION: 3 to 5 Day Suspension
- 4th VIOLATION: Dismissal/Termination

Serious violations may result in skipping the first steps, resulting in immediate suspension or dismissal/termination.



### NOTICE OF SAFETY VIOLATION

\_\_\_\_\_, you were seen working in the following  
name of person  
unsafe manner, contrary to safety and health rules:

This is your: \_\_\_\_ First \_\_\_\_ Second \_\_\_\_ Third \_\_\_\_ Fourth infraction.

Action taken is:

Employer: \_\_\_\_\_ Employee: \_\_\_\_\_  
(Please print) (Please Print)

Signature: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## APÉNDICE A – EJEMPLO DE POLÍTICA DISCIPLINARIA

NOTA: *Estas medidas disciplinarias se proporcionan solamente como ejemplo de una política disciplinaria. Es su responsabilidad el desarrollar y poner en efecto una política que se acople a las necesidades de su compañía. Si lo desea, podría obtener consejo legal antes de poner en efecto una política disciplinaria para los empleados.*

### Política Disciplinaria

La seguridad de nuestros empleados es muy importante. Estamos comprometidos a proporcionar a nuestros empleados entrenamiento adecuado sobre la seguridad y salud como se explica en nuestro programa escrito de seguridad y salud. Por lo tanto, para prevenir accidentes o condiciones y acciones no seguras, nuestra política es la de hacer cumplir las reglas de seguridad y salud rigurosa y uniformemente.

Violaciones de nuestras reglas de seguridad y salud tendrán las siguientes consecuencias:

- 1ª VIOLACIÓN: Aviso Verbal o Escrito
- 2ª VIOLACIÓN: Aviso Escrito
- 3ª VIOLACIÓN: Suspensión de 3 a 5 Días
- 4ª VIOLACIÓN: Despido o Terminación

Violaciones serias pueden resultar en el saltar los primeros pasos, resultando en la suspensión, despido o terminación inmediata.



### NOTIFICACIÓN DE VIOLACIÓN DE SEGURIDAD

\_\_\_\_\_, se le vio trabajando de la siguiente manera no segura en contra de nuestras reglas de seguridad y salud:  
nombre de la persona

Esta es su: \_\_\_\_ Primera \_\_\_\_ Segunda \_\_\_\_ Tercera \_\_\_\_ Cuarta infracción.

La acción tomada es:

Empleador: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_  
(Use letras de molde) (Use letras de molde)

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## APPENDIX B – INVESTIGATION FORM

**Report date:** \_\_\_\_\_

**Prepared by:** \_\_\_\_\_  
name of person

**Date of event:** \_\_\_\_\_ **Time of event:** \_\_\_\_\_

**Date event reported:** \_\_\_\_\_

**Victim:** \_\_\_\_\_ Phone (H) \_\_\_\_\_ (W) \_\_\_\_\_  
name of person

**Witness:** \_\_\_\_\_ Phone (H) \_\_\_\_\_ (W) \_\_\_\_\_  
name of person

**Witness:** \_\_\_\_\_ Phone (H) \_\_\_\_\_ (W) \_\_\_\_\_  
name of person

**Location of the event:** \_\_\_\_\_

**Accident or incident description (Say what happened briefly.):**

**Surface causes (Unsafe conditions or behaviors.):**

**Root causes (Missing or inadequate programs, policies, procedures, supervision, and training.):**



## APÉNDICE B – FORMULARIO PARA INVESTIGACIONES

**Fecha del reporte:** \_\_\_\_\_

**Preparado por:** \_\_\_\_\_  
nombre de la persona

**Fecha del evento:** \_\_\_\_\_ **Hora del evento:** \_\_\_\_\_

**Fecha que se reportó el evento:** \_\_\_\_\_

**Víctima:** \_\_\_\_\_ Teléfono (C) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_  
nombre de la persona

**Testigo:** \_\_\_\_\_ Teléfono (C) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_  
nombre de la persona

**Testigo:** \_\_\_\_\_ Teléfono (C) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_  
nombre de la persona

**Lugar del evento:** \_\_\_\_\_

**Descripción del accidente o incidente (Brevemente diga que pasó.):**

**Causas de superficie (Condiciones inseguras o actos inseguros.):**

**Causas de raíz (Programas, políticas, procedimientos, supervisión, adiestramiento faltantes o inadecuados.):**

## APPENDIX B – INVESTIGATION FORM (continued)

### RECOMMENDATIONS

**Corrective actions:** (To eliminate or reduce the hazardous conditions or unsafe behaviors that directly caused the accident.):

**System improvements:** (To revise and improve the missing or inadequate programs, policies, procedures, supervision, and training.):

### FOLLOW UP

**Persons responsible for making the corrections:**

\_\_\_\_\_   
 name of person

\_\_\_\_\_   
 name of person

\_\_\_\_\_   
 name of person

**Date by which corrections will be completed:** \_\_\_\_\_

**Describe what was done to prevent this accident or incident from happening again:**

(Describe equipment, machinery repaired, training conducted etc. Also describe system improvements such as programs, policies, procedures developed, and supervision and training improvements.):

### CONCLUSION

**Reviewed by:** \_\_\_\_\_ **Close date:** \_\_\_\_\_   
 name of person

## APÉNDICE B – FORMULARIO PARA INVESTIGACIONES (continuación)

### RECOMENDACIONES

**Acciones para corregir:** (Para eliminar o reducir las condiciones peligrosas o actos inseguros que directamente causaron el accidente.):

**Mejoramientos del sistema:** (Para corregir y mejorar los programas, las políticas, los procedimientos, la supervisión y el adiestramiento.):

### SEGUIMIENTO

**Personas responsables para hacer las correcciones:**

\_\_\_\_\_   
 nombre de la persona

\_\_\_\_\_   
 nombre de la persona

\_\_\_\_\_   
 nombre de la persona

**Fecha en la cual se completarán las correcciones:** \_\_\_\_\_

**Describa que se hizo para que este accidente o incidente no vuelva a pasar:** (Describa el equipo, maquinaria reparada, adiestramiento provisto, etc. También describa mejoramientos al sistema tal como programas, políticas, procedimientos desarrollados, y mejoramientos a la supervisión y el entrenamiento.)

### CONCLUSIÓN

**Revisado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha de cierre:** \_\_\_\_\_   
 nombre de la persona

**APPENDIX C – HAZARD IDENTIFICATION AND CORRECTION FORM**

**Date:** \_\_\_\_\_

**Where is/are the hazard(s)?** \_\_\_\_\_

**Describe the hazard(s) (Attach photo if possible):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Possible Accident Type(s):** \_\_\_\_\_

**Ideas to correct the hazard(s):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Corrective Action:**

Date reported	Reported by	Person responsible to make the corrections	Complete by date
<p><b>Actions needed to make the corrections:</b></p>			

**Completed Date:** \_\_\_\_\_

**APÉNDICE C – FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN Y CORRECCIÓN DE PELIGROS**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**¿Donde esta el/los peligro(s)?** \_\_\_\_\_

**Describe el/los peligro(s) (Adjunte foto si es posible):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Posible Tipos(s) de Accidente(s):** \_\_\_\_\_

**Ideas para corregir el/los peligro(s):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Acción para Corregir:**

<b>Fecha reportado</b>	<b>Reportado por</b>	<b>Persona responsable para hacer las correcciones</b>	<b>Fecha para completar</b>
<b>Acciones necesarias para hacer las correcciones:</b>			

**Fecha Completado:** \_\_\_\_\_

## **APPENDIX D – EMPLOYEE TRAINING**

The following guidelines are provided for the qualified persons who are given the task of training employees. Employees must be trained:

- Before they start work.
- Before they start a new type of job, or use tools, equipment, machines, or vehicles they have not used before.
- If they have already been trained, but an evaluation of their work indicates they need to be trained again.

The qualified person needs to provide job safety and health instruction and training that include:

- Performing assigned work safely.
- Review the employers' procedures, practices, and requirements of the work site.
- Cover the type of hazards common with the job the employee is doing, and the steps to prevent or control these hazards.
- Review the safe use, operation, and maintenance of tools, equipment, machines, and vehicles each employee uses. Review the manufacturers' operating and maintenance instructions, warnings and precautions.

When employees are being provided safety training:

- They must be closely supervised by a qualified person.

Employees must demonstrate to the qualified person they can do their assigned work safely before they are permitted to work independently.

## **APÉNDICE D – ENTRENAMIENTO DE EMPLEADOS**

Los siguientes lineamientos se proporcionan a las personas calificadas a quienes se les da la tarea de entrenar a los empleados. Empleados deberán ser entrenados:

- Antes de que empiecen a trabajar.
- Antes de que empiecen un nuevo tipo de trabajo, o usen herramientas, máquinas, o vehículos que no han usando antes.
- Si ya han sido entrenados, pero una evaluación de su trabajo indica que deben ser entrenados otra vez.

La persona calificada necesita proporcionar enseñanza y entrenamiento de seguridad y salud que incluye:

- Realizando el trabajo asignado de manera segura.
- Repaso de los procedimientos, las prácticas, y los requisitos del sitio de trabajo del empleador.
- Abarcar los peligros comunes del trabajo que esta haciendo el empleado, y los pasos para prevenir o controlar estos peligros.
- Repasar el uso seguro, la operación, y el mantenimiento de las herramientas, el equipo, las máquinas, y los vehículos que usa cada empleado. Repasar las instrucciones para el operario y de mantenimiento, de aviso, y de precauciones del fabricante.

Cuando se les está proporcionando entrenamiento de seguridad y salud a los empleados:

- Deberán ser supervisados de cerca por una persona calificada.

Los empleados deberán demostrarle a la persona calificada que pueden hacer el trabajo asignado de manera segura antes de dejarlos trabajar independientemente.

**APPENDIX E – INDIVIDUAL TRAINING FORM**

Name of Employee: \_\_\_\_\_ Date of Hire: \_\_\_\_\_

Topic: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Name of Instructor: \_\_\_\_\_

Topic: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Name of Instructor: \_\_\_\_\_

Topic: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Name of Instructor: \_\_\_\_\_

Topic: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Name of Instructor: \_\_\_\_\_

Topic: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Name of Instructor: \_\_\_\_\_

Topic: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Name of Instructor: \_\_\_\_\_

Topic: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Name of Instructor: \_\_\_\_\_

Topic: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Name of Instructor: \_\_\_\_\_



## APÉNDICE E – FORMULARIO DE ENTRENAMIENTO INDIVIDUAL

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de Contratación: \_\_\_\_\_

Tema: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Instructor: \_\_\_\_\_

Tema: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Instructor: \_\_\_\_\_

Tema: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Instructor: \_\_\_\_\_

Tema: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Instructor: \_\_\_\_\_

Tema: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Instructor: \_\_\_\_\_

Tema: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Instructor: \_\_\_\_\_

Tema: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Instructor: \_\_\_\_\_

Tema: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Instructor: \_\_\_\_\_

**APPENDIX F – GROUP TRAINING FORM**

Topic: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name of Instructor: \_\_\_\_\_

Names of employees trained:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**APÉNDICE F – FORMULARIO DE ENTRENAMIENTO EN GRUPO**

Tema: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Instructor: \_\_\_\_\_

Nombre de los empleados entrenados:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## APPENDIX G – ANNUAL PROGRAM EVALUATION

\_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_  
company name

We will evaluate and make written recommendations for improvements (if needed) in the following areas:

Accident and incident investigations.

Effectiveness of supervision and accountability.

Effectiveness of safety meetings, site planning, and pre-work safety meetings.

Effectiveness of safety inspections of all worksites, vehicles, equipment, and work practices.

Effectiveness of training.

This evaluation was conducted by \_\_\_\_\_  
name of person

for \_\_\_\_\_  
company name

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## APÉNDICE G – EVALUACION ANUAL DE PROGRAMA

\_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
nombre de la compañía

Evaluaremos y haremos recomendaciones por escrito para mejoramientos (si son necesarios) en las siguientes áreas:

Investigaciones de accidentes e incidentes.

Efectividad de supervisión y responsabilidad.

Efectividad de las reuniones de seguridad, planeación del sitio, y reuniones previas al comienzo de labores.

Efectividad de las inspecciones de todos los sitios de trabajo, vehículos, equipo, y prácticas laborales.

Efectividad del entrenamiento.

Esta evaluación la llevó a cabo: \_\_\_\_\_  
nombre de la persona

para \_\_\_\_\_  
nombre de la compañía

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **APPENDIX H – PRESERVING PHYSICAL EVIDENCE AT THE SCENE OF AN ACCIDENT**

(1) Employers, their representatives, or others, shall not disturb the scene of a fatality or catastrophe other than to conduct the rescue of an injured person or persons or mitigate an imminent danger until authorized by the Administrator (or designee), or directed by a recognized law enforcement agency.

(2) In order to preserve physical evidence at the scene of a fatality or catastrophe, the Administrator is authorized to limit the number of employer representatives or employee representatives accompanying the compliance officer during the documentation of the scene. The employer representative and employee representative must be provided an opportunity to document the scene prior to disturbance or removal of physical evidence.

(3) If an employer, their representative or others disturb the scene of a fatality or catastrophe other than to conduct the rescue of injured person(s) or mitigate an imminent danger before authorized by the Administrator or directed by a recognized law enforcement agency, may be assessed a minimum penalty of \$200.

## **APPENDIX H – PRESERVANDO PRUEBAS FÍSICAS EL SITIO DE UN ACCIDENTE**

(1) Empleadores, sus representantes, u otros, no deberán alterar la escena de una muerte o catástrofe exceptuando el llevar a cabo el rescate de persona o personas lesionadas o minimizar el peligro inmediato hasta que se autorice por el Administrador (o su representante), u ordenada por un reconocido cuerpo de cumplimiento de la ley.

(2) Con tal de preservar las pruebas físicas de la escena de una muerte o catástrofe, el Administrador esta autorizado a limitar el número de representantes del empleador o representantes de los empleados que acompañan al oficial de vigilancia durante la documentación de la escena. Al representante del empleador y al de los empleados se les dará la oportunidad de documentar la escena previa a la alteración o remoción de pruebas físicas.

(3) Si un empleador, su representante u otros alteran la escena de una muerte o una catástrofe exceptuando el rescate de persona o personas lesionadas o minimizar el peligro inmediato antes de ser autorizado por el Administrador u ordenado por un reconocido cuerpo de cumplimiento de la ley, se levantará una multa mínima de \$200.

## **APPENDIX I – REPORTING FATALITIES AND HOSPITALIZATIONS TO OREGON OSHA**

You must call Oregon OSHA at the phone numbers on the next page to report the following events within these time limits:

**Fatalities – 8 hours** after occurrence or employer knowledge.

You must report all fatalities, including heart attacks and those resulting from motor vehicle accidents that happen during the employee's work shift. The local Oregon OSHA field office safety or health manager will decide whether to investigate the incident, depending on the circumstances of the heart attack or motor vehicle accident. Report a fatality only if it occurs within 30 days of the accident.

**Catastrophe – 8 hours** after occurrence or employer knowledge.

A catastrophe is an accident in which two or more employees are fatally injured, or three or more employees are admitted to a hospital or an equivalent medical facility.

**Overnight hospitalization – 24 hours** after occurrence or employer knowledge of one or more employees.

Overnight hospitalization is for medical treatment only. Hospitalization for observation is not reportable, nor is emergency room treatment. You must report injuries related to a heart attack or motor vehicle accident as well as other work related injuries.



**SEE NEXT PAGE FOR PHONES**



## **APPENDIX I – REPORTANDO MUERTES Y HOSPITALIZACIONES A OREGON OSHA**

Usted deberá llamar a Oregon OSHA a los teléfonos en la siguiente página para reportar los siguientes eventos dentro estos límites de tiempo.

**Muertes – 8 horas** a partir del evento o el saber del empleador.

Usted deberá reportar una muerte causada por un ataque al corazón y por accidentes de vehículos que ocurren durante el turno de trabajo del empleado. El gerente de la oficina local de la Oregon OSHA decidirá si se investigará el evento, dependiendo de las circunstancias del ataque al corazón o el accidente de vehículo. Reporte una muerte solo se ocurre antes de 30 días desde la fecha del accidente.

**Catástrofe – 8 horas** a partir del evento o el saber del empleador.

Una catástrofe es un accidente en el cual dos o más empleados son lesionados de muerte o tres o más empleados son admitidos a un hospital o centro médico equivalente.

**Pernoctar en el hospital – 24 horas** a partir del evento o el saber del empleador de uno más empleados.

Pernoctar en el hospital es solamente para tratamiento médico. Hospitalización para observación no se necesita reportar ni tampoco tratamiento en sala de emergencia. Usted debe reportar lesiones relacionadas a un ataque al corazón o accidente de vehículo al igual como otras lesiones laborales.



**VER LA SIGUIENTE PÁGINA PARA LOS TELÉFONOS**

**APPENDIX I – REPORTING FATALITIES AND HOSPITALIZATIONS TO OREGON OSHA**

Report overnight hospitalizations to the nearest Oregon OSHA field office (Portland, Salem, Bend, Eugene or Medford). Oregon OSHA Field Office locations, telephone and Fax numbers are:

<p><b>Salem Central Office</b>          350 Winter Street NE, Room 430          Salem OR 97301-3882          (503) 378-3272          Toll Free: (800) 922-2689          Fax: (503) 947-7461</p>	<p><b>Bend</b>          Red Oaks Square          1230 NE Third Street, Suite A-115          Bend OR 97701-4374          (541) 388-6066          Fax: (541) 388-6203</p>
<p><b>Eugene</b>          1140 Willagillespie, Suite 42          Eugene OR 97401-2101          (541) 686-7562          Fax: (541) 686-7933</p>	<p><b>Medford</b>          1840 Barnett Road, Suite D          Medford OR 97504-8250          (541) 776-6030          Fax: (541) 776-6246</p>
<p><b>Pendleton</b>          721 SE Third Street, Suite 306          Pendleton OR 97801-3056          (541) 276-9175          Fax: (541) 276-6869</p>	<p><b>Portland</b>          Fremont Place, Building I          1750 NW Naito Parkway, Suite 112          Portland OR 97209-2533          (503) 229-5910          Fax: (971) 673-2901</p>
<p><b>Salem</b>          1340 Tandem Avenue NE, Suite 160          Salem OR 97309-0417          (503) 378-3274          Fax: (503) 378-4921</p>	

## APPENDIX I – REPORTANDO MUERTES Y HOSPITALIZACIONES A OREGON OSHA

Reporte hospitalizaciones con pernoctación a la oficina de Oregon OSHA más cercana (Portland, Salem, Bend, Eugene o Medford). Las direcciones, teléfonos y números de Fax de las oficinas de Oregon OSHA son:

<p><b>Salem Oficina Central</b>  350 Winter Street NE, Room 430  Salem OR 97301-3882  (503) 378-3272  Sin cobro: (800) 922-2689  Fax: (503) 947-7461</p>	<p><b>Bend</b>  Red Oaks Square  1230 NE Third Street, Suite A-115  Bend OR 97701-4374  (541) 388-6066  Fax: (541) 388-6203</p>
<p><b>Eugene</b>  1140 Willagillespie, Suite 42  Eugene OR 97401-2101  (541) 686-7562  Fax: (541) 686-7933</p>	<p><b>Medford</b>  1840 Barnett Road, Suite D  Medford OR 97504-8250  (541) 776-6030  Fax: (541) 776-6246</p>
<p><b>Pendleton</b>  721 SE Third Street, Suite 306  Pendleton OR 97801-3056  (541) 276-9175  Fax: (541) 276-6869</p>	<p><b>Portland</b>  Fremont Place, Building I  1750 NW Naito Parkway, Suite 112  Portland OR 97209-2533  (503) 229-5910  Fax: (971) 673-2901</p>
<p><b>Salem</b>  1340 Tandem Avenue NE, Suite 160  Salem OR 97309-0417  (503) 378-3274  Fax: (503) 378-4921</p>	