

# LOCKOUT/BLOCKOUT SITE INSPECTION FORM

Site Inspection Date: \_\_\_\_\_

Site address or location: \_\_\_\_\_

Equipment identification subject to lockout/blockout requirements:

Written lockout procedures posted near machine?  Yes  No

The machine or equipment uses these types of power (check all that apply):

- |                                     |                                    |                                       |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> electric   | <input type="checkbox"/> pneumatic | <input type="checkbox"/> hydraulic    |
| <input type="checkbox"/> gravity    | <input type="checkbox"/> steam     | <input type="checkbox"/> liquid fuel  |
| <input type="checkbox"/> mechanical | <input type="checkbox"/> nuclear   | <input type="checkbox"/> other: _____ |

Can machine or equipment be locked off? If not, what method would render the machine completely inoperable?

How many employees to be involved in the lockout process for this machine/equipment? \_\_\_\_\_

Has each employee been assigned his/her own padlock and key?  Yes  No

Has each employee received training in authorized lockout/tagout procedure?  Yes  No

Site Evaluator's Name: \_\_\_\_\_

Site Evaluator's Position: \_\_\_\_\_

Further recommendations: \_\_\_\_\_

# CIERRE/BLOQUEO - FORMA DE INSPECCIÓN DEL LUGAR

Fecha de Inspección del Lugar: \_\_\_\_\_

Dirección del lugar o ubicación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Identificación del equipo sujeto a requisitos de cierre/bloqueo:

\_\_\_\_\_

Se encuentran anuncios de los procedimientos de cierre cerca de la maquina?  Si  No

La maquina o equipo usa estos tipos de energía/poder (marque todos los que aplican):

eléctrica  neumática  hidráulica

gravedad  vapor  liquido combustible

mecánica  nuclear  otro: \_\_\_\_\_

Se puede cerrar la maquina o el equipo con candado? Si no se puede, que método haría que la maquina rinda completamente inoperable?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuantas personas deben involucrarse en el proceso de cierre de esta maquina/equipo? \_\_\_\_\_

Se les ha asignado su propio candado y llave a cada empleado?  Si  No

Han recibido cada empleado entrenamiento sobre la autorización del procedimiento de cierre/bloqueo?

Si  No

Nombre del Evaluador del Lugar: \_\_\_\_\_

Posición del Evaluador del Lugar: \_\_\_\_\_

Recomendaciones adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# LOCKOUT/BLOCKOUT PERIODIC INSPECTION FORM

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

Inspector's Name: \_\_\_\_\_

Equipment/Machine/Process Inspected: \_\_\_\_\_

Names of an authorized employee(s) performing lockout procedure:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was all potential energy sources correctly locked, tagged, or blocked?  Yes  No

Which energy sources were not locked, tagged, or blocked?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Were injuries involved in the lockout process?  Yes  No

Was incorrect methods/procedures observed during the lockout process?  Yes  No

Was employee knowledge of lockout procedures reviewed?  Yes  No

Were affected employees provided corrective training?  Yes  No

Date of corrective training: \_\_\_\_\_

Name of person providing corrective training: \_\_\_\_\_

Is additional training during lockout of machine/equipment necessary?  Yes  No

When will additional training be provided? \_\_\_\_\_

Additional Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

This form is to be kept for five years.

# CIERRE/BLOQUEO FORMA DE INSPECCIÓN FRECUENTE

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

Nombre de Inspector: \_\_\_\_\_

Equipo/Maquina/Proceso Inspeccionado: \_\_\_\_\_

Nombres de empleados autorizados a desempeñar el procedimiento de cierre/bloqueo: \_\_\_\_\_

¿Fueron todas las fuentes de energía correctamente cerradas con candado, etiquetadas o bloqueadas?  Si  No

¿Cuales fuentes de energía no fueron cerradas con candado, etiquetada o bloqueadas?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hubo lesiones involucradas en el proceso del cierre?  Si  No

¿Se observaron los métodos/procedimientos incorrectos durante el proceso del cierre?  Si  No

¿Se repaso el conocimiento de los procedimientos de cierre del empleado?  Si  No

¿Se le proporciono entrenamiento corregible a los empleados afectados?  Si  No

Fecha de entrenamiento corregible: \_\_\_\_\_

Nombre de persona que proporciona el entrenamiento corregible: \_\_\_\_\_

¿Es necesario obtener entrenamiento adicional durante el cierre de la maquinaria/equipo?  
 Si  No

¿Cuando se proporcionara el entrenamiento adicional? \_\_\_\_\_

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esta forma debe guardarse por cinco años.

# REGISTRO INICIAL DEL ENTRENAMIENTO DE SEGURIDAD

Nombre del Empleado Nuevo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Posición \_\_\_\_\_ Supervisor \_\_\_\_\_

Yo declaro que el empleado nuevo nombrado arriba, recibió por mí, una orientación de seguridad completa.

Se revisaron los siguientes temas:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fuentes de Energía          | <input type="checkbox"/> Dispositivos de Cierre/Bloqueo          |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos de Cierre    | <input type="checkbox"/> Perdida de Dispositivos/Aviso de Llaves |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos para Empezar | <input type="checkbox"/> (Otro) _____                            |

Los siguientes son los temas específicos del trabajo o tarea revisados que repase con el nuevo empleado:

Se le presentó al nuevo empleado los siguientes programas de audio video, o se le entrego los materiales anotados abajo:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Representante de la Compañía)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Empleado Nuevo)